



TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS EN POBLACIÓN OBESA MÓRBIDA DE LOS
CAMBIOS EN CUANTO A HÁBITOS ALIMENTARIOS,
PERSONALIDAD, MALESTAR PSICOLÓGICO Y CALIDAD
DE VIDA TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y LA
ASOCIACIÓN CON LA PÉRDIDA DE PESO POSTCIRUGÍA.**

MARÍA SUÁREZ GÓMEZ

**DEPARTAMENTO DE
MÉDICO QUIRÚRGICA**

2015



TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS EN POBLACIÓN OBESA MÓRBIDA DE LOS
CAMBIOS EN CUANTO A HÁBITOS ALIMENTARIOS,
PERSONALIDAD, MALESTAR PSICOLÓGICO Y CALIDAD
DE VIDA TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y LA
ASOCIACIÓN CON LA PÉRDIDA DE PESO POSTCIRUGÍA.**

MARÍA SUÁREZ GÓMEZ

**DEPARTAMENTO DE
MÉDICO QUIRÚRGICA**

Conformidad de los Directores:

Dr. D. Francisco José Vaz Leal

Dr. D. Juan Antonio Guisado Macías

Dr. D. Mariano Casado Blanco

2015

AGRADECIMIENTOS

A mis directores, por enseñarme a investigar.

A Nieves, por su dedicación.

A mis padres, a mi hermana y a mi marido, siempre.

*“El genio de una persona se compone de
2% de talento y el 98% de trabajo.”*

(L.V. Beethoven).

*"Los muy gruesos tienden
a morir antes que los delgados"*

(Hipócrates).

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

APA: Asociación de Psiquiatría Americana
AP: Antecedentes Personales
BED: Binge Eating Disorder
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
DE: Desviación estándar
DIF ME: Diferencia de medias
DLP: Dislipemia
DM: Diabetes Mellitus
DSM: Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders
EDI-2: Eating Disorder Inventory-2
FRCV: Factores de Riesgo Cardiovascular
GH: Grow hormone
GLP-1: Glucagon Like Peptide type 1
GOSEEN: Grupo de Trabajo de Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición
GSI: Índice de Satisfacción Global
HDL: High Density Lipid
HTA: hipertensión arterial
ICC: Índice Cintura Cadera
ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.
IMAO: Inhibidor de las MonoaminoOxidasas
IMC: Índice de Masa Corporal
ISRS: Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina
NS: No significativo
OMS: Organización Mundial de la Salud
SAOS: Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño
SECO: Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad
SEEDO: Sociedad Española para el Estudio de la obesidad
SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder
SCL-90-R: 90 Symptoms CheckList-Revised
SNS: Sistema Nervioso Simpático
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
TA: Trastorno por Atracón
TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria
TP: Trastorno de Personalidad
WHO: World Health Organization
WQHQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life-Bref

RESUMEN	9
SUMMARY	13
1. INTRODUCCIÓN.....	18
1.1 Justificación.....	18
1.2 Definición de obesidad.....	18
1.3 Aspectos históricos de la obesidad	19
1.4 Epidemiología de la obesidad en España.....	21
1.5 Etiopatogenia de la obesidad.	22
1.5.1 Factores genéticos.....	22
1.5.2 Factores ambientales.....	24
1.5.3 Factores neuroendocrinos.....	25
1.5.4 Medicamentos que favorecen la obesidad.....	27
1.5.5 Procesos médicos relacionados con el estado de la obesidad	28
1.6 Diagnóstico y clasificación de la obesidad.	30
1.6.1 Evaluación de la composición corporal.....	30
1.6.2 Test psicológicos y obesidad.	32
1.6.3 La obesidad en la CIE-10.	32
1.6.4 La obesidad en el DSM-5.	34
1.7 Curso y Clínica de la obesidad mórbida	34
1.8 Comorbilidad médica y obesidad.	35
1.8.1 Síndrome metabólico.....	35
1.8.2 Enfermedad cardiovascular	35
1.8.3 Enfermedades digestivas.	36
1.8.4 Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño	36
1.8.5 Hipertensión arterial	36
1.8.6 Dislipidemia.....	36
1.8.7 Neoplasias	36
1.8.8 Diabetes Mellitus	36
1.8.9 Patología osteomuscular	37
1.9 Comorbilidad psiquiátrica y obesidad.....	37
1.10 Imagen Corporal e Insatisfacción corporal.....	38
1.11 Trastornos alimentarios y obesidad.	41
1.12 Calidad de Vida y Obesidad.....	52
1.13 Tratamiento de la obesidad.....	57
1.14 Postoperatorio	68
1.15 Protocolo de obesidad mórbida.....	68
1.16 Estudios de Satisfacción con el proceso asistencial de obesidad.....	71
1.17 Prevención de la obesidad	72
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO	74
3. MATERIAL Y MÉTODOS	76
3.1. Sujetos de estudio.....	76
3.2. Autorización del estudio y consentimiento informado	77
3.3. Diseño de investigación.....	77
3.4. Instrumentos de evaluación	77
3.5. Datos de identificación	77
3.6. Entrevista clínica	78
3.7. Historia del peso.....	78
3.8. Hábitos alimentarios	79
3.9. Actividad física.....	79
3.10. Expectativas del enfermo ante el tratamiento	79

3.11. Antecedentes psiquiátricos.....	79
3.12. Historia social	80
3.13. Medida sobre las alteraciones de la conducta alimentaria	80
3.14. Variables psicológicas.....	82
3.14. Medidas sobre el malestar psicológico.....	82
3.16. Medidas sobre la personalidad.....	83
3.17. Medidas sobre la calidad de vida	84
3.18. Parámetros antropométricos.....	84
3.19. Medidas sobre la satisfacción.....	85
3.20. Criterios de inclusión y exclusión.....	91
3.21. Informe de valoración psiquiátrica.....	92
3.22. Análisis Estadístico.....	93
4. RESULTADOS	96
4.1 Datos Sociodemográficos.....	96
4.2 Antecedentes Médicos	100
4.3 Historia de Obesidad.....	101
4.4 Historia de la Conducta Alimentaria	103
4.5 Estudio de la Conducta Alimentaria antes de la cirugía (EDI-2)	104
4.6 Estudio de la calidad de vida antes de la cirugía (WQHOO-BREF)	104
4.7 Estudio de los rasgos de personalidad antes de la cirugía (SCID-II).....	105
4.8 Estudio del malestar psicológico antes de la cirugía (SCL-90-r)	106
4.9 Estudio i. Comparación entre pacientes operados frente a no operados	107
4.9.1 Comparación de la conducta alimentaria antes de la cirugía (EDI-2)	107
4.9.2 Comparación de la calidad de vida antes de la cirugía (WQHOO-BREF)	108
4.9.3 Comparación de los rasgos de personalidad antes de la cirugía (SCID-II)	109
4.9.4 Comparación del malestar psicológico antes de la cirugía (SCL-90-r).	110
4.9.5 Valoración de la situación actual del paciente y de su satisfacción con el proceso de obesidad mórbida	111
4.9.6 Comparación de las características sociodemográficas antes de la cirugía, entre los pacientes operados y no operados.....	120
4.9.7 Comparación de los antecedentes psiquiátricos personales, entre los pacientes operados y no operados.	121
4.9.8 Comparación de los diagnósticos psiquiátricos personales, entre los pacientes operados y no operados.	121
4.9.9 Comparación de los antecedentes médicos personales, entre los pacientes operados y no operados.....	122
4.9.10 Comparación de los antecedentes personales y familiares de obesidad, entre los pacientes operados y no operados.....	122
4.9.11 Comparación de los hábitos alimentarios, entre los pacientes operados y no operados.	123
4.10 Estudio ii. Comparación entre pacientes intervenidos que siguen en consulta frente a los que no siguen.....	124
4.10.1 Comparación de la conducta alimentaria antes de la cirugía (EDI-2).....	124
4.10.2 Comparación de la calidad de vida antes de la cirugía (WQHOO-BREF).....	125
4.10.3 Comparación de los rasgos de personalidad antes de la cirugía (SCID-II).....	125
4.10.4 Comparación del malestar psicológico antes de la cirugía (SCL-90-r).....	126
4.10.5 Valoración de la situación actual del paciente y de su satisfacción con el proceso de obesidad mórbida	128
4.10.6 Comparación de las características sociodemográficas antes de la cirugía, entre los pacientes operados que siguen en consulta, frente a los que no siguen.	138
4.10.7 Comparación de los Antecedentes psiquiátricos personales, entre los pacientes operados que siguen en consulta, frente a los que no siguen.	140
4.10.8 Comparación de los diagnósticos psiquiátricos personales, entre los pacientes operados que siguen en consulta, frente a los que no siguen.	140

4.10.9	Comparación de los Antecedentes médicos personales, entre los pacientes operados que siguen en consulta, frente a los que no siguen.	140
4.10.10	Comparación de los Antecedentes personales y familiares de obesidad, entre los pacientes operados que siguen, frente a los que no siguen.	141
4.10.11	Comparación de los hábitos alimentarios, entre los pacientes operados que siguen, frente a los que no siguen.	142
4.11	Estudio iii. Comparación del antes y el después de la cirugía en los pacientes operados que continúan en consulta.	142
4.11.1	Comparación de la conducta alimentaria antes de la cirugía (EDI-2).	142
4.11.2	Comparación de la calidad de vida antes de la cirugía (WQHOOL-BREF).	143
4.11.3	Comparación de los rasgos de personalidad antes de la cirugía (SCID-II).	144
4.11.4	Comparación del malestar psicológico antes de la cirugía (SCL-90-r).	145
5	DISCUSIÓN	151
6	CONCLUSIONES	165
7	BIBLIOGRAFÍA.....	167
8	APÉNDICES	186

RESUMEN

Introducción: La obesidad mórbida supone un problema de salud pública con una prevalencia en aumento en los últimos años. Su etiología es multifactorial y requiere de un abordaje multidisciplinar. En muchas ocasiones, la cirugía bariátrica es la alternativa terapéutica que soluciona el problema, mejorando la calidad de vida de los pacientes, tanto a nivel físico, como psicológico y social. El seguimiento psiquiátrico y psicoterapéutico antes y después de la operación juega un papel decisivo para asegurar el éxito de la cirugía, abordando los trastornos mentales existentes y acompañando al enfermo tras el acto quirúrgico, en el proceso de cambio físico y emocional que supone la intervención. El presente estudio estuvo encaminado a describir las características sociodemográficas y clínicas de un grupo de pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica, así como a analizar los cambios clínicos tras la cirugía, comparando el perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes que se operan con el de los que no se operan, así como entre los pacientes que siguen adheridos al programa, frente a aquéllos que lo abandonan tras la cirugía, valorando la satisfacción del enfermo en cuanto al programa de obesidad y al proceso quirúrgico.

Material y Métodos: La muestra estuvo compuesta por doscientos sesenta y dos pacientes, 187 mujeres y 75 varones, con edades comprendidas entre 18 y 67 años, diagnosticados de obesidad mórbida y candidatos a cirugía bariátrica, dentro de un proceso asistencial desarrollado en el Área de Salud de Badajoz, entre los años 2005 y 2014. De ellos, doscientos cincuenta y seis pacientes (98%) fueron considerados aptos tras la evaluación psiquiátrica para ser intervenidos quirúrgicamente.

El estudio fue dividido en tres apartados: 1) Un análisis transversal, en el que se describieron las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica; 2) un análisis prospectivo, para conocer la situación actual de los pacientes y el grado de satisfacción con el proceso asistencial y 3) un análisis retrospectivo, para encontrar los factores asociados a los cambios, tras la intervención quirúrgica y el proceso asistencial.

Todos los datos fueron recogidos mediante una entrevista estructurada que formaba parte del protocolo de obesidad mórbida, incluyendo los datos de identificación del paciente, la entrevista clínica, medidas sobre las alteraciones de la conducta alimentaria, variables psicológicas (personalidad, malestar psicológico y calidad de vida), parámetros antropométricos, y medida de la satisfacción del paciente con el proceso asistencial. Los cuestionarios usados fueron el EDI-2 para conducta alimentaria, SCID-II para personalidad, WHOQOL-BREF para calidad de vida, y SCL-90-R para malestar psicológico. Se elaboró una encuesta *ad hoc*, para conocer la satisfacción y calidad de vida tras el proceso asistencial. El proyecto fue aprobado por el Vicerrectorado de Investigación, tras ser aceptado por el Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura.

Se recabó el consentimiento informado de los pacientes y se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos personales.

Resultados: La muestra estuvo formada por 187 mujeres y 75 hombres, con edad media de 42,2 años, casados en más de la mitad de los casos (61,5%), mayoritariamente con estudios primarios (72,1%) y activos laboralmente (54,6%). Se detectaron antecedentes psiquiátricos en el 42,6% de los casos, con predominio de los cuadros afectivos. Dentro de la patología comórbida, predominaban los antecedentes de hipertensión (27,9%), diabetes mellitus (19,1%) y patología osteomuscular (19,8%). Se describieron pérdidas afectivas en el 24,4% de los casos, fundamentalmente por historia de fallecimientos. La época de inicio de la obesidad fue, principalmente, la infancia. Se encontraron antecedentes familiares de obesidad en el 71% de los casos. La motivación principal para la cirugía fue tanto física como psicológica. El peso medio antes de la cirugía fue de 132,9+-23,8 kilogramos. El Índice de Masa Corporal (IMC) medio antes de la cirugía fue de 48,9 +- 7,5 kg/m². El IMC medio tras la cirugía fue de 34,5 +- 8,8 kg/m². En cuanto a conductas alimentarias, se detectó “picoteo” en el 59,2% de los casos; “ingesta excesiva” en el 45,4%; “ingesta nocturna” en el 11,5%; conducta por atracón en el 21,8%, y se diagnosticó Trastorno por Atracón, según criterios en el DSM, en el 11,5% de los casos. En el cuestionario EDI-2, los valores más altos se obtuvieron en las escalas de tendencia a la delgadez y en insatisfacción corporal; en el cuestionario de personalidad SCID-II, los pacientes puntuaron alto en rasgos obsesivos, narcisistas y límites; en el cuestionario SCL-90-R, se obtuvieron puntuaciones elevadas en las escalas de depresión y somatización; y en el cuestionario sobre calidad de vida, WHOQOL-BREF, las puntuaciones fueron bajas principalmente en el dominio físico y psicológico.

Principales resultados del ESTUDIO I:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas entre los pacientes operados y los no operados. Las principales causas de no llevarse a término la intervención quirúrgica fueron: el miedo del paciente a la cirugía y a sus consecuencias, la decisión del paciente de continuar la pérdida ponderal con medidas conservadoras, como dieta y ejercicio, y el riesgo de muerte debido a la cirugía, a criterio médico. Antes de la cirugía, los pacientes operados puntuaron significativamente más bajo en las escalas del EDI-2 de desconfianza interpersonal ($p < 0,05$) y de regulación de la impulsividad ($p < 0,05$); en salud física en el cuestionario WHOQOL-BREF ($p < 0,05$); y en rasgos obsesivos en el cuestionario SCID-II ($p < 0,01$). No se obtuvieron diferencias significativas en el cuestionario SCL-90-R. El tiempo de espera para la fecha prevista de la operación fue mayor en los intervenidos quirúrgicamente ($p < 0,05$). La capacidad de hacer frente a la obesidad fue mayor en los pacientes operados ($p < 0,05$), y el miedo a la cirugía también fue menor en los pacientes operados ($p < 0,001$). El apoyo familiar antes de la operación fue mayor en los pacientes operados ($p < 0,05$). La satisfacción global con el proceso asistencial fue significativamente mayor en los pacientes operados ($p < 0,001$), encontrándose asociación con el apoyo familiar recibido durante el mismo (OR 9,333; $P < 0,01$), con haber mejorado en la conducta de “atracones” (OR 0,278; $P < 0,05$), y con la mejora en las relaciones sociales (OR 3,733; $p < 0,05$). Más pacientes operados refirieron mejora en su calidad de vida tras la operación ($p < 0,001$), tanto física como psicológica ($p < 0,005$), social ($p < 0,001$), sexual ($p < 0,001$), laboral ($p < 0,001$), y económica ($p < 0,001$), describiendo mayor agilidad en el momento de la evaluación que los no operados ($p < 0,05$). Más pacientes operados consiguieron controlar alguno de los factores de riesgo cardiovascular ($p < 0,01$; $p < 0,05$, respectivamente), y consiguieron disminuir o controlar la medicación pautada de forma habitual

($p<0,001$). Más pacientes operados refirieron mejoría del estado de ánimo y reducción de los niveles de ansiedad en el momento de la evaluación ($p<0,001$ en ambos casos). Sin embargo, el consumo de alcohol fue reconocido en más ocasiones en los pacientes operados ($p<0,01$). En cuanto a los hábitos alimentarios, en el momento de la evaluación los operados describieron menos conducta de atracones ($p<0,01$), de ingesta excesiva ($p<0,001$) y de picoteo ($p<0,001$), respecto a los no operados.

Principales resultados del ESTUDIO II:

No se encontraron diferencias significativas, en cuanto a características sociodemográficas entre los pacientes que siguieron en consulta tras la cirugía, y los que abandonaron el seguimiento. Las principales causas de abandono de las consultas tras la operación fueron: el descuido u olvido referido por los propios pacientes; no haber transcurrido seis meses tras la cirugía bariátrica, momento en que se realizaría la primera revisión en consultas; y el alta por criterio médico. Las puntuaciones en el EDI-2 antes de la cirugía fueron más altas en los pacientes que no siguieron en consulta tras la operación, resultando significativas las diferencias en bulimia ($p<0,05$), insatisfacción corporal ($p<0,01$), ascetismo ($p<0,05$), y miedo a madurar ($p<0,01$). Los pacientes que siguieron en consulta puntuaron más alto en los dominios físico, psicológico y social en el cuestionario WHOQOL-BREF, pero no se encontraron diferencias significativas. Los pacientes que abandonaron el estudio tras la operación puntuaron más alto en rasgos de personalidad esquizotípicos ($p=0,001$), histriónicos ($p<0,05$), narcisistas ($p<0,05$) y evitativos ($p<0,01$). En cuanto al cuestionario SCL-90-R, los pacientes que siguieron el estudio tras la cirugía puntuaron más alto en las escalas de obsesión/compulsión, ansiedad, ansiedad fóbica, depresión y sensibilidad, pero las diferencias no fueron significativas.

No se encontraron diferencias significativas entre el tipo de complicaciones que padecieron un grupo y otro de este estudio. Las complicaciones más frecuentes en los pacientes que continuaron en contacto con el hospital fueron el síndrome de *dumping* (15,4%), anemia (15,4%) y malabsorción (15,4%); en los que abandonaron el seguimiento, las complicaciones más frecuentes fueron los vómitos (12%), la hemorragia digestiva (15,2%), y la hernia incisional (18,2%). Se preguntó por la presencia de flacidez a nivel corporal tras la cirugía, encontrando significativamente mayor frecuencia de flacidez a nivel de miembros inferiores en los pacientes sin seguimiento ($p<0,01$). Las expectativas físicas que tenían respecto a la cirugía fueron satisfechas en mayor medida en los pacientes que siguieron en consulta ($p<0,05$), y la coordinación entre los especialistas que llevaron a cabo el proceso asistencial fue significativamente mejor valorada por los pacientes que siguieron en consulta tras la cirugía ($p<0,01$). Atendiendo a la mejoría exclusivamente desde el punto de vista de salud física, más pacientes sin seguimiento refirieron una mejora en este sentido tras la operación ($p<0,05$); mientras que más pacientes que siguieron en contacto con el hospital refirieron una mejora tanto física como psicológica ($p<0,05$). Más pacientes que no siguieron refirieron mejoras en cuanto a deseo sexual ($p<0,001$) y en su situación laboral ($p<0,05$), reconocieron estar realizando algún tipo de dieta ($p<0,05$), y haber disminuido la conducta de picoteo ($p<0,05$), pero también confesaron en más ocasiones estar consumiendo alcohol ($p<0,01$). Aunque los pacientes que siguieron en consulta referían encontrarse más satisfechos con el proceso asistencial que los que abandonaron el estudio, las diferencias no fueron significativas.

Principales resultados del ESTUDIO III:

En el cuestionario EDI-2 disminuyeron de forma significativa, tras la cirugía, las puntuaciones de tendencia a la delgadez ($p<0,05$) y en insatisfacción corporal ($p<0,001$). La calidad de vida mejoró en todos los dominios del WHOQOL-BREF, con diferencias significativas en el dominio físico ($p<0,001$), psicológico ($p=0,001$), social ($p<0,001$) y del entorno ($p<0,01$). En cuanto a personalidad, en la escala SCID-II se vio que los pacientes disminuían la puntuación en los rasgos depresivos tras la cirugía bariátrica ($p<0,05$). No se obtuvieron diferencias significativas cuando se compararon las puntuaciones antes y después de la cirugía bariátrica en las escalas de malestar psicológico del cuestionario SCL-90-R.

Conclusiones: la cirugía de la obesidad orienta hacia una mejora la calidad de vida de los pacientes, tanto a nivel físico como psicológico, permitiendo tener posibilidades de mejora a nivel laboral, económico, social y de pareja. La satisfacción global con el proceso de obesidad puede guardar relación con el apoyo a nivel social y familiar, así como con la propia conducta del sujeto, al ver reforzados sus hábitos alimentarios. El miedo al riesgo quirúrgico a la anestesia o a las complicaciones podría frenar a muchos pacientes en su decisión final de operarse. El seguimiento tras la cirugía consigue una mejoría no sólo física, sino también psicológica. Los rasgos evitativos, esquizotípicos, histriónicos y narcisistas podrían tener que ver con la tendencia a abandonar el seguimiento en consultas tras la operación, lo que resulta relevante, ya que si la cirugía mejora de forma global la calidad de vida de los pacientes que se operan, y que el seguimiento posterior en las consultas, logra mejoras aún mayores en este sentido. El hecho de que los pacientes operados mejoren las conductas alimentarias, incluso a pesar de abandonar las consultas de seguimiento, podría tener que ver con el trabajo psicoterapéutico previo a la cirugía que se lleva a cabo en los grupos de terapia, aumentando la concienciación sobre los cambios hacia hábitos de alimentación más saludables. El bienestar que refieren los pacientes, tanto a nivel físico como psicológico, a pesar de no ser operados, podría tener que ver con otras alternativas a la cirugía, como la realización de técnicas endoscópicas, el tratamiento farmacológico usado, o la realización de dieta y ejercicio, así como el momento vital en el que se encuentren los pacientes.

Palabras clave: *psiquiatría de la obesidad, obesidad mórbida, cirugía bariátrica, calidad de vida, personalidad y obesidad, trastornos alimentarios y obesidad, psicopatología y obesidad.*

SUMMARY

Introduction: Morbid obesity is a public health problem which has increased in prevalence in recent years. Its etiology is multifactorial and it requires a multidisciplinary approach. On many occasions, bariatric surgery is the therapeutic alternative which is used to solve the problem, resulting in improved quality of life of patients, on a physical, psychological and social level. Psychiatric and psychotherapeutic monitoring before and after the operation plays a decisive role in ensuring success with the surgery, by dealing with existing mental disorders, and accompanying the patient after the operation in the ensuing process of physical and emotional change. The present study aims to describe the sociodemographic and clinical characteristics of a group of patients with morbid obesity, candidates for bariatric surgery, and to analyze the clinical changes, following surgery, by comparing the clinical and sociodemographical profile of the patients who undergo bariatric surgery with those who do not, and between those patients who adhere to the follow-up programme as compared to those who abandon it after surgery. An assessment is made of patients' satisfaction regarding the obesity programme and the surgical process.

Material and Methods: the sample consisted of 262 patients – 187 females and 75 males – whose ages ranged between 18 and 67 years, diagnosed with morbid obesity and candidates for bariatric surgery as part of the assistential process developed in the Health Service of Badajoz, between 2005 and 2014. Of these patients two hundred and fifty six (98%) were deemed eligible, following psychiatric assessment, for surgical intervention.

The study was divided into three sections: 1) a transversal analysis, in which the sociodemographic and clinical characteristics of the patients with morbid obesity, candidates for bariatric surgery, were described; 2) a prospective analysis, to determine the current situation of the patients and their degree of satisfaction with the assistential process; 3) and retrospective analysis, to find the factors associated to the changes following surgical intervention and the assistential process. All data were collected by means of a structured interview, which formed part of the protocol of morbid obesity, including identification details of the patient, the clinical interview, measurements of eating behaviour alterations, psychological variables (personality, psychological distress and quality of life), anthropometric parameters, and degree of satisfaction with the assistential process. The project was approved by the Research Vice-Rectorate following acceptance by the Committee of Bioethics and Biosafety of the University of Extremadura. Patients' informed consent was obtained and anonymity and confidentiality of personal details was guaranteed.

Results: The sample (187 females and 75 males) had an average age of 42.2 years, were married in more than half the cases (61.5%), had primary studies in most cases (72.1%) and were actively working (54.6%). A psychiatric record existed for 42 patients, 6% of the cases, predominantly related to affective symptoms. Within the comorbid pathology, the most frequent history was related to hypertension (27%), followed by diabetes mellitus (19.1%) and musculoskeletal pathology (19.8%). Emotional losses were reported in 24.4% of cases, mostly relating to deaths. Onset of obesity was

mainly during infancy. Family histories of obesity were found in 71% of cases. The principal reason for surgery was both physical and psychological. Mean weight before surgery was 132.9+23.8 kilograms. Mean Body Mass Index (BMI) before surgery was 48.9 +- 7.5 kg/m². Mean BMI after surgery was 34.5 +- 8.8kg/m². Regarding eating habits, “snacking” was detected in 59.2% of cases; “overeating” in 45.4%; “night eating” in 11.5%; bingeing in 21.8%, and Bingeing Disorder, according to DSM criteria, was diagnosed in 11.5% of cases. In the EDI-2 questionnaire, the highest values were obtained on the scales of tendency to thinness and body dissatisfaction; in the SCID-II personality questionnaire high scores were given to obsessive, narcissistic and limit features; in the SCL-90-R questionnaire high scores were given on the scales of depression and somatization; and in the questionnaire on quality of life WHOQOL-BREF, the lowest scores related mainly to the physical and psychological domain.

Principal results of STUDY I

No statistically significant differences were found in the sociodemographic variables between operated and non-operated patients. The main reasons for not undergoing surgery were: fear on the patient's part of surgery and its consequences, the patient's decision to lose weight with conservative measures, such as diet and exercise, and the risk of death as a result of the surgery, according to medical criterion. Before surgery, the operated patients scored significantly lower on the EDI-2 scale of interpersonal distrust ($p<0.05$) and on the regulation of impulsivity scale ($p<0.05$); on physical health in the WHOQOL-BREF questionnaire ($p<0.05$); and for obsessive features in the SCID-II questionnaire ($p<0.05$). There were no significant differences in the SCL-90-R questionnaire. Waiting time for the scheduled date of the operation was longer for operated patients ($p<0.05$). Capacity to deal with obesity was greater in operated patients ($p<0.05$), and fear of surgery was also lower in operated patients ($p<0.001$). Family support before the operation was greater in operated patients ($p<0.05$). Global satisfaction with the assistential process was significantly greater in operated patients ($p<0.001$) and there was an association between family support received during this process (OR 9.333; $P< 0.01$) and improved bingeing behaviour (OR 0.278; $P< 0.05$) and with improved social relations (OR 3.733; $p< 0.05$). More operated patients experienced better quality of life after the operation ($p<0.001$), both physical and psychological ($p<0.005$), and also social ($p<0.001$), sexual ($p<0.001$), at work ($p<0.001$), and financial ($p<0.001$), and described themselves as more agile at the time of assessment than the non-operated patients ($p<0.005$). More operated patients were able to control cardiovascular risk factors ($p< 0.01$; $p< 0.05$, respectively), and were able to diminish or control guided medication regularly ($p<0.001$). More operated patients reported improvement in their emotional state and lower levels of anxiety at the time of assessment ($p<0.001$ in both cases). More operated patients, however, admitted to alcohol consumption ($p< 0.01$). Regarding eating habits, at the time of assessment the operated patients reported less bingeing ($p< 0.01$), less overeating ($p< 0.01$), and less snacking ($p<0.001$) than the non-operated patients.

Principal results of STUDY II:

There were no significant differences in sociodemographic characteristics between the patients who continued receiving attention following surgery and those who abandoned follow-up. The principal

reasons why the operated patients did not continue further consultation after the operation were: oversight or forgetfulness, which the patients themselves admitted; the six months when the first consultation was due following surgery had not yet elapsed; and discharge based on medical criteria. The scores on the EDI-2 before surgery were higher in the patients who did not continue with consultations after the operation, with significant differences in bulimia ($p<0.05$), body dissatisfaction ($p<0.01$), asceticism ($p<0.05$), and maturity fear ($p<0.01$). The patients who continued consultations scored higher in the physical, psychological and social domains of the WHOQOL-BREF questionnaire, but without significant differences.

The patients who abandoned the study after the operation scored higher in schizotypal ($p<0.001$), histrionic ($p<0.001$), narcissistic ($p<0.05$) and avoidance ($p<0.01$) personality features. On the SCL-90-R questionnaire, the patients who continued the study after surgery scored higher on the scales of obsession/compulsion, anxiety, phobic anxiety, depression and sensibility, but the differences were not significant. No significant differences were found between the type of complications suffered by one group and another in the study. The most frequent complications in the patients who continued consultation at the hospital were *dumping* syndrome (15.4%), anaemia (15.4%) and malabsorption (15.4%); among those who abandoned follow-up, the most frequent complications were vomiting (12%), gastrointestinal haemorrhage (15.2%), and incisional hernia (18.2%). The presence of body flaccidity following surgery was found, significantly, to be more frequent in the lower limbs of the patients without follow-up ($p<0.01$). The physical expectations regarding the surgery on the part of those who continued the follow-up were fulfilled in most cases ($p<0.05$), and coordination among the specialists who participated in the assistential process was significantly better valued by the patients who continued with follow-up after surgery ($p<0.01$). Focusing exclusively on improvement in physical health, more patients without follow-up reported improvement after the operation ($p<0.05$), whereas more patients who maintained contact with the hospital reported both physical and psychological improvement ($p<0.05$). More patients without follow-up reported improved sexual desire ($p<0.001$) and work situation ($p<0.05$), admitted they were on a diet of some kind ($p<0.05$), and had reduced snacking ($p<0.05$), but also confessed on more occasions to alcohol consumption ($p<0.01$). Although the patients who continued with consultations reported that they were more satisfied with the assistential process than those who abandoned follow-up, these differences were not significant.

Principal results of STUDY III:

In the EDI-2 questionnaire, there was a significant decrease, following surgery, of the scores on tendency to thinness ($p<0.05$) and on body dissatisfaction ($p<0.001$). Quality of life improved in all domains of the WHOQOL-BREF questionnaire, with significant differences in the physical ($p<0.001$), psychological ($p=0.001$), social ($p<0.001$) and environmental ($p<0.01$) domains. Regarding personality, on the SCID-II scale it was seen that patients' scores for depressive features decreased after bariatric surgery ($p<0.05$). There were no significant differences, on comparing scores, before and after bariatric surgery, on the scales of psychological distress on the SCL-90-R questionnaire.

Conclusions: obesity surgery points towards a significant improvement in quality of life, both on a physical and a psychological level, with the possibility of better work, financial, social and partnership relations. Global satisfaction with the obesity process may bear a relation, in a significant way, to support on a social and family level, as well as to the subject's own behaviour, as eating habits improve. Fear of surgical risk, of anaesthesia, or complications, may restrain many patients in their final decision to have the operation. Follow-up after surgery achieves, significantly, both physical and psychological improvement.

Avoidance, schizotypal, histrionic and narcissistic features could be related to the tendency to abandon follow-up after the operation, which is relevant since the surgery improves quality of life overall in the subjects who have the operation, and with the follow-up consultations they achieve further improvements in this sense. The fact that the operated patients improve their eating habits, even after abandoning follow-up, may be related to the psychotherapeutic work done previous to surgery in therapy groups, as a result of which awareness of the changes towards healthier eating habits is sharpened. The well-being reported by the subjects, both on a physical and a psychological level, despite not having undergone the operation, may relate to other alternatives to surgery in the treatment of morbid obesity, such as endoscopic techniques, pharmacological treatment, dieting and exercise, as well as subjects' stage of vitality

Key words: *obesity psychiatry, morbid obesity, bariatric surgery, quality of life, personality and obesity, eating habits and obesity, psychopathology and obesity.*

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación

En la actualidad, la obesidad constituye un problema de salud pública en todo el mundo, y en especial en los países industrializados y en vías de desarrollo, donde se prevee que dentro de poco constituya la principal causa de muerte (Caballero, 2007).

La obesidad se considera la epidemia del siglo XXI (Van Hout & van Heck, 2009). La obesidad se asocia a enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y los problemas cardiovasculares. Es necesario plantear nuevas formas de tratar la obesidad para intentar que el aumento en los próximos años no sea exponencial. En este sentido, parece importante considerar modelos multidimensionales, que ofrezcan una pauta de tratamiento integrador, considerando los mecanismos biológicos, psicológicos y sociales.

Resulta importante disponer de equipos multidisciplinares para tal fin, en el que se involucren tanto el paciente con obesidad, como las familias, el personal sanitario y las instituciones.

Si bien es cierto que se están llevando a cabo programas de prevención desde la infancia, con cambios hacia hábitos de vida más saludables, es preciso identificar por qué a pesar de contar con ellos la obesidad continúa creciendo. Es por esto, que además de explorar la susceptibilidad genética y su interacción con el ambiente, debemos afinar la búsqueda de los factores etiológicos, y mejorar los métodos diagnósticos.

La sociedad ha cambiado desde la prehistoria, cuando el hombre salía de las cavernas a buscar comida. En la actualidad, los alimentos llegan a nosotros sin realizar apenas esfuerzo y los avances tecnológicos nos conducen a un estilo de vida más sedentario, que no ayuda a mantener una homeostasis del balance energético. En cuanto a los estereotipos, podríamos haber pasado desde los tan criticados modelos publicitarios sobre la imagen corporal que dibujaban el perfil de anorexia nerviosa, a los estereotipos que favorecen la desaparición del estigma de la obesidad. Sin embargo, en este *continuum*, que podría estar basado en la insatisfacción con la imagen corporal, podríamos llegar a olvidarnos de que la obesidad es una enfermedad que asociada a las comorbilidades puede conducir a la muerte.

Intentando lograr un equilibrio, quizás sea importante intentar encontrar los fenotipos subsistentes con la obesidad, para tratar de una forma individual al paciente.

1.2 Definición de obesidad.

La obesidad está definida como una enfermedad crónica multifactorial, fruto de la interacción entre genotipo y ambiente. En países desarrollados, como el nuestro, afecta a un gran porcentaje de la población, en todas las edades, condiciones sociales y en ambos sexos. Según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), ésta se puede definir como la excesiva acumulación de grasa en el organismo (Rubio, 2007). Su prevalencia ha aumentado y continúa aumentando alarmantemente en nuestra sociedad, así como en países de economía en transición (ENSE 2011-2012).

La obesidad aumenta el riesgo de diabetes y de enfermedad cardiovascular, así como de ciertos tipos de cáncer y otras enfermedades, de tal manera que se ha convertido en la segunda causa de mortalidad prematura y evitable después del tabaco.

Los pacientes con obesidad mórbida presentan también un aumento de la mortalidad total y sufren una gran estigmatización social y discriminación, ya que este trastorno mórbido muchas veces no se considera una verdadera enfermedad (Rubio, 2007).

La denominada obesidad mórbida (definida por tener un IMC>40) suele producir graves problemas para la salud y para la calidad de vida del paciente. La pérdida de peso deseable, que sería en todos los casos de un 20-30% del peso corporal, y mayor todavía en los casos de obesidad extrema, a veces sólo se consigue mediante la cirugía bariátrica. Estos enfermos deben ser siempre remitidos a unidades especializadas hospitalarias donde se puedan emplear medidas terapéuticas excepcionales (dietas de muy bajo contenido calórico) y estudiar la posible conveniencia e indicación de uno de los distintos tipos de cirugía bariátrica, siempre que el paciente cumpla las rigurosas condiciones de los protocolos que rigen las indicaciones de este tipo de cirugía (Morales, 2011).

1.3 Aspectos históricos de la obesidad

El fenómeno de la obesidad es conocido desde siempre, y así en la prehistoria, ya se pueden apreciar estatuas que muestran formas femeninas obesas, como el caso de la Venus de Viena (Bray, 1990). Igualmente existen relatos escritos de la obesidad desde la época de Hipócrates y Galeno (Papavramidou, 2004). Hipócrates asoció la obesidad a la inflamación que resulta de la alteración de uno de los cuatro humores: la sangre, y estableció que *“la muerte súbita es más común en aquéllos que son naturalmente obesos que en los delgados”*, al relacionar la obesidad con la enfermedad cardiovascular (Cheng, 2004). Galeno, apoyó el principio de Hipócrates, en el sentido de que la digestión transforma los alimentos en sangre, por lo que a mayor ingesta, mayor producción de sangre, y mayor obesidad. También separó los conceptos de *“masa magra”* y *“masa grasa”*, pues *“el acúmulo de grasa no va paralelo con la carne”*. Otro concepto que aportó es que el estilo de vida condiciona la aparición de obesidad. Usó el término *“polisarkos”* para describir a una persona obesa. El término deriva de *“poli”*, - que quiere decir *mucho/a*-, y *“sarka”*, -que quiere decir *carne*. Describió a la persona obesa como aquélla que tiene un exceso de carne o grasa, que suda cuando camina, respira con dificultad, y con una limitación de movimientos que le impide hasta lavarse. Habla de piel tersa y pálida, de aspecto húmedo y caliente, y con volumen corporal extremo. Como tratamiento de la obesidad, propuso diversos métodos: dieta mediterránea, ejercicio, medicación, baños y masaje. Las dietas irían encaminadas a *“secar el cuerpo del exceso de humores”* y, por tanto, se escogerían los alimentos en función de su capacidad secante y no de sus propiedades calóricas (Papavramidou, 2004).

La primera actuación quirúrgica para tratar las consecuencias de la obesidad tuvo lugar en Grecia, para tratar la apnea del sueño: *“ante la imposibilidad de respirar, los médicos que atendían a Dionisio insertaron agujas finas y largas en distintas partes del vientre y las costillas, una vez que consiguieron superar la grasa y alcanzaron la masa magra, sensible, el paciente reaccionó y despertó”* (Bevegni, 2003).

Al igual que ahora, la obesidad era considerada un estigma ya en la antigüedad. En la Biblia, Adán y Eva fueron expulsados del Paraíso por comerse una manzana, y la gula está considerada, desde la antigüedad, como uno de los siete pecados capitales (Stunkard, 1998).

En la Edad Media, el budismo consideraba la obesidad un “karma” o castigo por comer más de lo necesario (Stunkard, 1998). Ibn el Nefis (1207-1288) en su tratado “*El libro conciso de la Medicina*”, describe comorbilidades asociadas a la obesidad, como los accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares, las alteraciones respiratorias y endocrinológicas (Abdel-Halim, 2005). Durante el Imperio Bizantino, hay descripciones precisas del tratamiento médico de la obesidad basado en reducir la ingesta, fisioterapia y purgantes. Los médicos bizantinos prescribían vegetales, fruta, y pollo, y desaconsejaban comer mantequilla, carnes, marisco, queso o vino (Foz, 2004).

En cuanto al tratamiento quirúrgico en esta época, existen documentos en España, que describen que Sancho I, rey de León en el siglo X, era obeso, lo que le impedía montar a caballo, manejar las armas e incluso caminar, por lo que perdió el trono y tuvo que huir a Navarra bajo la protección de su abuela, la reina Toda. Dispuesta a recuperar el trono para su nieto, la reina viajó con Sancho a Córdoba para que Hasdai ibn Shaprut, famoso médico judío de la corte de Abderramán III, lo sometiese a tratamiento. El tratamiento médico-quirúrgico, de 6 meses de duración, consistió en suturarle los labios y con una paja alimentarlo quizá a base de teriaca, un polifármaco que contenía un número variable de ingredientes, a veces más de setenta, entre los que destacaba el opio, cuyos efectos colaterales le hicieron perder peso. Sancho volvió cabalgando a León y, con la ayuda del Reino de Navarra y el ejército de Abderramán III, reconquistó el trono (Cuevas, 2005).

En los siglos XVIII y XIX es posible que el término obesidad estuviese mal visto y se empleasen otros similares, como corpulencia (Barnett, 2005).

En 1959 la Metropolitan Life Insurance Company, define el peso ideal, es decir, el que permite mayor longevidad para una altura y sexo determinados, y así clasificar la obesidad, estableciendo que un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 debe ser considerado obesidad.

La Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica fija, años más tarde, que el IMC ≥ 40 será considerado como obesidad mórbida (Renquist, 1998).

El concepto moderno de obesidad y el tratamiento no difería del de Galeno, donde la causa de la obesidad era sencillamente un exceso de ingesta calórica en relación con el gasto, que se trataba con dieta y ejercicio (Shauer, 2004).

El término de cirugía bariátrica fue utilizado hacia 1965 y consta del prefijo griego baro: peso y el sufijo iatros: “*los que practican la medicina*”. Asociado a la palabra cirugía se refiere a la cirugía de la obesidad. Su objetivo es mejorar la salud en el obeso mórbido mediante la pérdida de peso suficiente a largo plazo.

Las observaciones de que la resección intestinal se sigue de pérdida de peso datan del siglo XIX., cuando en 1895, von Eiselsberg comunicó la pérdida de peso en humanos tras resección gástrica o de intestino delgado. Posteriormente, surgió el otro gran enfoque en cirugía bariátrica, reducir la capacidad de reservorio del estómago (Price, 1970).

1.4 Epidemiología de la obesidad en España.

Según la Encuesta Nacional de Salud, en 2012, el porcentaje de obesidad en hombres era del 18%, y en las mujeres del 16% (ENSE 2011-2012).

La prevalencia en España se sitúa en un punto intermedio entre los países del norte de Europa, Francia y Australia, que presentan las proporciones de obesos más bajas, y EE UU y los países del este europeo, que en la actualidad tienen las mayores prevalencias. Las comunidades con mayor prevalencia de obesidad son Andalucía y Canarias.

Según el estudio DORICA, el 0,3% de los varones y el 0,9% de las mujeres, entre 25 y 64 años, presentan obesidad mórbida (Aranceta 2007).

En la población infantil y juvenil española (2-24 años), de acuerdo con los resultados del estudio enKid (5), la prevalencia de obesidad se estima en un 13,9% y la de sobrepeso en un 12,4%. En conjunto, sobrepeso y obesidad suponen el 26,3%. La obesidad es significativamente más prevalente en varones (15,6%) que en mujeres (12,0%). En el grupo de varones, las tasas más elevadas se observaron entre los 6 y los 13 años. En las chicas, las tasas de prevalencia más elevadas se observaron entre los 6 y los 9 años.

La prevalencia de obesidad en la población adulta de 25 a 64 años, según los resultados del estudio DORICA, se estima en un 15,5%, y es más elevada en mujeres (17,5%) que en varones (13,2%). El 0,79% de los varones y el 3,1% de las mujeres de entre 25 y 60 años tienen una obesidad tipo II (IMC de 35-39) y el 0,3% de los varones y el 0,9% de las mujeres presentan una obesidad mórbida (IMC ≥ 40 kg/m²). Datos provisionales del estudio DRECE (Dieta y Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares en España) muestran que en 14 años se ha producido un incremento del 34,5% en la prevalencia de obesidad, que ha pasado del 17,4% en 1992 a un 24% en 2006. Estos datos concuerdan con los obtenidos en la última Encuesta Nacional de Salud, con registros de peso y talla autorreferidos, en la que se describe un incremento absoluto de un 6% en las tasas de obesidad en 14 años de evolución (de un 7,7% en 1987 a un 13,6% en 2001).

Para la población mayor de 65 años se estima una prevalencia de obesidad del 35% (un 30,9% en varones y un 39,8% en mujeres). Esta prevalencia es mayor (36%) en la población anciana no institucionalizada que en la institucionalizada (21%).

Los datos del estudio DORICA (Aranceta, 2005), no distinguen la prevalencia entre Andalucía y Extremadura, que componen entre ambas la región Sur, por lo que la prevalencia de obesidad mórbida en Extremadura en concreto no se puede inferir de la misma. En cualquier caso, en el estudio citado, la prevalencia de obesidad mórbida en la región Sur es del 2'44% en varones adultos y del 3'40% de las mujeres adultas. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en España por grupos de edad y sexo se observa en la tabla 1 (Cole, 2000, Serra, 2003, Gutiérrez-Fisac, 2004, Aranceta, 2007).

Tabla 1.1. Prevalencia de obesidad en España por grupos de edad y sexo.

Edad	Hombres (%)		Mujeres (%)		Total (%)	
	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso
2-5	10,8	9,3	11,5	10,4	11,1	9,9
6-9	21,7	16,0	9,8	13,0	15,9	14,5
10-13	21,9	20,0	10,9	9,1	16,6	14,6
14-17	15,8	10,1	9,1	8,0	12,5	9,3
18-24	12,6	14,8	14,9	11,3	13,7	13,2
25-34	7,1	36,8	4,8	20,2	5,9	28,1
35-44	11,7	48,5	12,2	31,1	12,0	39,3
45-54	16,9	51,6	26,4	43,1	22,0	47,1
55-64	21,5	53,3	34,2	43,0	28,5	47,6
Ancianos	30,9	47,8	39,8	39,7	35,0	43,0

1.5 Etiopatogenia de la obesidad.

Desde el punto de vista de la etiopatogenia de la obesidad se puede afirmar que se trata de un fenómeno complejo. A simple vista, la teoría de un aumento crónico de la ingesta en relación con el gasto es simple, ya que la obesidad es un trastorno específico y heterogéneo por su origen, en el cual están implicados factores genéticos y ambientales.

Los factores genéticos jugarían un papel más importante en la obesidad de inicio en la infancia o constitucional (presenta una mayor refractariedad al tratamiento y a la pérdida de peso, con mayor tasa de patología psiquiátrica, con distribución de la grasa de forma generalizada afectando a tronco y extremidades), mientras que los factores psicológicos influirían más en la obesidad de inicio en la edad adulta (reflejo extremo del aumento fisiológicos de la grasa que se produce con la edad, en estos casos se relaciona más con situaciones estresantes, de forma que el enfermo comería en un intento de calmar su malestar psicológico, con aumento de la grasa en tronco, respetando extremidades) (Guisado 2002).

Los estudios que intentan conocer la interacción de los factores genéticos y ambientales, demuestran que hay una relación entre un estilo de vida sedentario y el desarrollo de la resistencia a la insulina y los niveles de adipocitocinas alterados en obesidad infantil, y que estos cambios están relacionados con una serie de factores de riesgo cardiovascular (Torres, Tormo, Campillo et al, 2008).

1.5.1 Factores genéticos

Estudios realizados en familias con gemelos idénticos y en adopción apoyan la relevancia del componente genético en la obesidad (Stunkard 1986, Allison 1996). Se calcula que entre el 40 y el

75% de la variación en el Índice de Masa Corporal se puede atribuir a factores genéticos. La genética de la obesidad no es simple y rara vez sigue un patrón mendeliano (Damcott 2003). Entre los genes que han mostrado asociación positiva con la obesidad se encuentran el gen de la insulina, la leptina, la adiponectina, la resistina, el gen de la proopiomelanocortina (POMC) o el gen del factor de necrosis tumoral.

La influencia epigenética, entendida como rasgo heredable que ocurre sin cambios en la secuencia del ácido desoxirribonucleico (ADN), parece ser de relevancia en la susceptibilidad a la obesidad, y es conocido por los síndromes de Prader Willi y Angelman (Horsthemke 2006).

En 1962 James Neel, en su hipótesis del genotipo thrifty (ahorrador), propone que los genes que predisponen para la obesidad hoy en día le conferían a las poblaciones antiguas la capacidad de resistir largos periodos sin alimento y con alta actividad física. Así, el sistema de regulación de la energía se desarrolló principalmente para prevenir la inanición, por lo cual aquellos individuos capaces de ahorrar la mayor cantidad de energía eran evolutivamente más fuertes. Las condiciones de vida del Paleolítico exigían un gran esfuerzo para conseguir alimento, el cual no era siempre accesible. Se alternaban breves períodos de abundancia con largas hambrunas.

Los primeros estudios relativos a la genética de la obesidad fueron basados en formas monogénicas. En este sentido, se identificó el gen *ob* en el ratón y su homólogo en el ser humano: la leptina (Zhang, 1994). Estos estudios explican tan sólo una pequeña parte de la genética de la obesidad, por lo que posteriormente se han llevado a cabo otro tipo de estudios, como la investigación de genes candidatos y el registro del genoma, encontrando, al menos 22 genes asociados a la obesidad, cuyo hallazgo se ha podido replicar en más de 5 estudios (Rankinen, 2005).

A continuación se muestran los genes que han mostrado asociación positiva con la obesidad o fenotipos relacionados con ella en cinco o más estudios (Rankinen, 2005).

Tabla 1.2. Genes que han mostrado asociación positiva con la obesidad o fenotipos relacionados con ella.

Gen	Nombre	Localización cromosómica
ACE	Enzima convertidora de angiotensina 1	17q24.1
Adipo Q	Adiponeptina	3q27
ADR-Beta-2 y 3	Receptor adrenérgico beta-2 y 3	5q31 8p12
DRD2	Receptor de dopamina D2	11q23
GNB-Beta-3	Proteína de unión a guanina (proteína G) beta polipéptido 3	12p13
HTR2C	Receptor 5-hidroxitriptamina (serotonina) 2C	Xq24
IL-6	Interleucina 6	7p21
INS	Insulina	11p15
LDLR	Receptor de lipoproteínas de baja densidad	19p13
LEP	Leptina	7q31
LEPR	Receptor de leptina	1p31
LIPE	Hormona sensible a lipasas	19q13
MC4R	Receptor de melanocortina-4	18q22
NR3C1	Receptor nuclear subfamilia-3, grupo C, miembro-1	5q31
PC-1	Paratohormona	7q31.3
PLIN	Perilipina	15q26
POMC	Proopiomelanocortina	2p23.3
PPAR-gamma	Receptor de proliferación 5perixosomal activado gamma	3q25
RETN	Resistina	19q13
TNF	Factor de necrosis tumoral 2	6p21
TrkB	Receptor de neurotropina	9q22.1
UCP1, 2, 3	Proteína desacoplante 1,2,3	4q28 11q13

1.5.2 Factores ambientales

La evidencia de que el hambre evita la obesidad, aun en las personas con gran carga genética, junto a su incremento en los países industrializados o en vías de desarrollo, en los cuales la dieta es rica en grasas y carbohidratos, y los hábitos sedentarios han aumentado con el desarrollo económico, se muestra a favor del factor ambiental de la obesidad, en su origen y desarrollo (Barceló 2001).

Otro hecho relevante lo representa el incremento epidémico de la obesidad en los últimos veinte años, que no puede ser explicado por alteraciones genéticas poblacionales desarrolladas en tan corto tiempo.

Por otra parte, a medida que la pobreza ha disminuido en países industrializados o en vías de desarrollo, ha aumentado en forma proporcional la obesidad. Además, debemos tener en cuenta las variables **sociológicas** y **psicológicas**, que pueden ir parejas a la obesidad: aumenta el sedentarismo por los avances tecnológicos; aumenta el consumo de comida rápida en una sociedad en la que vivimos estresados, donde acceder a los alimentos no nos supone tener que hacer ningún tipo de esfuerzo físico, y es mucho más barata que otro tipo de alimentación, siendo favorecida la oferta de los productos por las políticas sociales, y la publicidad de los medios de comunicación, unido a la discriminación social y el estigma que supone ser obeso

Tabla 1.3. Factores de riesgo asociados a la obesidad

No modificables	Modificables
Genes	Dieta
Edad	Actividad física
Sexo	Variables psicológicas
	Educación
	Nivel económico
	Consumo de tóxicos
	Enfermedades
	Tratamientos
	Hábitos de vida
	Políticas sociales
	Situación social

1.5.3 Factores neuroendocrinos.

De acuerdo con la primera ley de la termodinámica, la obesidad es el resultado del desequilibrio entre el consumo y el aporte de energía (Flier 1998). En la regulación del gasto energético y de la ingesta participan el sistema nervioso, el sistema digestivo y el adiposo (Cinti 2002). En el caso de la obesidad de comienzo en la adultez, predomina la hipertrofia adipocitaria sobre la hiperplasia.

La mayoría de los obesos tienen hiperleptinemia con resistencia a la leptina (Correia 2002), niveles disminuidos de ghrelina (Tschop 2001), niveles altos de T3 total y T3 libre (Scriba 1979),

hipercortisoluria (Glass 1989), niveles de noradrenalina está elevada (Young 2000), testosterona total disminuida (Barret 1988), niveles elevados de aldosterona (Hiramatsu 1981).

El tejido adiposo acumula sustancias y segrega hormonas llamadas adipocinas, que se encuentran implicadas en la regulación de la homeostasis energética, y en la fisiopatogenia de la obesidad (Ahima, 2006).

El tejido adiposo está constituido por grasa blanca y grasa parda. La grasa parda participa en la termogénesis, que transforma la energía en calor, protegiendo frente a la obesidad. Está presente desde el nacimiento y es casi inexistente en el individuo adulto (Trayhurn, 2007). Por su parte, la grasa blanca almacena energía.

Existen señales a nivel endocrino, producidas en el adipocito y mediadas por hormonas como la leptina, con efectos en los mecanismos inflamatorios, en los que intervienen el factor de necrosis tumoral alfa, entre otras citocinas (Trayhurn, 2007), y que contribuyen a la obesidad en mecanismos como la resistencia a la insulina, el desarrollo de diabetes y la enfermedad cardiovascular (Berg, 2005).

La *leptina* es una hormona cuya ausencia fue demostrada ser responsable de la obesidad mórbida en ratones, la cual corregía a los animales al ser tratados con leptina recombinante (Farooqi, 2002).

Sin embargo, en humanos la deficiencia de leptina es una causa poco común de obesidad y lo que se encuentra en la mayoría de los pacientes con obesidad son aumentos de los niveles de esta hormona asociados a una resistencia a la leptina (Trayhurn, 2007).

La leptina tiene ritmo circadiano: la insulina estimula la liberación de leptina y causa aumento en su concentración posprandial, disminuyendo sus niveles con rapidez tras un período de ayuno (Lee, 2006).

La mutación de los receptores de leptina conduce al desarrollo de la obesidad (Cohen, 2001).

El hipotálamo contiene neuronas sensibles a la leptina, que expresan el neuropéptido Y (NPY), al péptido relacionado con la proteína Agoutí (AgRP), y la proopiomelanocortina (POMC). Las neuronas que contienen estas sustancias, promueven el gasto energético y la pérdida de peso mediante su activación por leptina (Schwartz, 2005).

La *adiponectina* es una hormona que circula en el adipocito en concentración elevada (Kadowaki, 2006). La administración de adiponectina a ratones disminuye la masa grasa porque estimula la oxidación de ácidos grasos en el tejido muscular (Tomás, 2002). En los pacientes con obesidad, los niveles de adiponectina están disminuidos, lo que favorece la resistencia a la insulina, las dislipemias y los fenómenos ateroscleróticos. La pérdida de peso puede lograr un aumento de sus concentraciones (Pajvani, 2004).

La *resistina* es una hormona que en los humanos se expresa mayoritariamente en los macrófagos, y de forma escasa en los adipocitos (Steppan, 2004), y su inducción podría explicar la relación que existe entre la obesidad y los estados inflamatorios resultantes de la resistencia a la insulina (Carey, 2006).

Los ratones carentes del *inhibidor del plasminógeno tipo 1* (PAI-1), tienen mayor gasto energético, y mayor sensibilidad a insulina, por lo que se muestran resistentes a la obesidad. En humanos, contribuye a los estados inflamatorios de la obesidad, y podría considerarse un biomarcador del síndrome metabólico (Ma, 2004).

Las citosinas producidas por el tejido adiposo, tales como el Factor de Necrosis Tumoral alfa (TNF-alfa), o la Interleucina 6 (IL-6) también se encuentran implicadas en la obesidad, debido a que sus concentraciones circulantes están aumentadas en los pacientes con obesidad, lo que mejora con la pérdida de peso (Feinstein, 1993).

La síntesis de corticosteroides, tiene lugar en las glándulas suprarrenales y en las gónadas. El tejido adiposo, incrementado en los pacientes con obesidad, genera cantidades importantes de esteroides. Los ratones obesos sobreexpresan la enzima 11-beta-HSD1 en el tejido adiposo, y esto se asocia con un aumento en la producción de corticoides, que causan la enfermedad de Cushing del ratón (Livingstone, 2000). En los humanos, esta enzima aumenta la producción de cortisol, pero su medición es compleja (Stewart, 1999).

La siguiente figura muestra la regulación del apetito por la vía central de la leptina (Harrison, 2012).

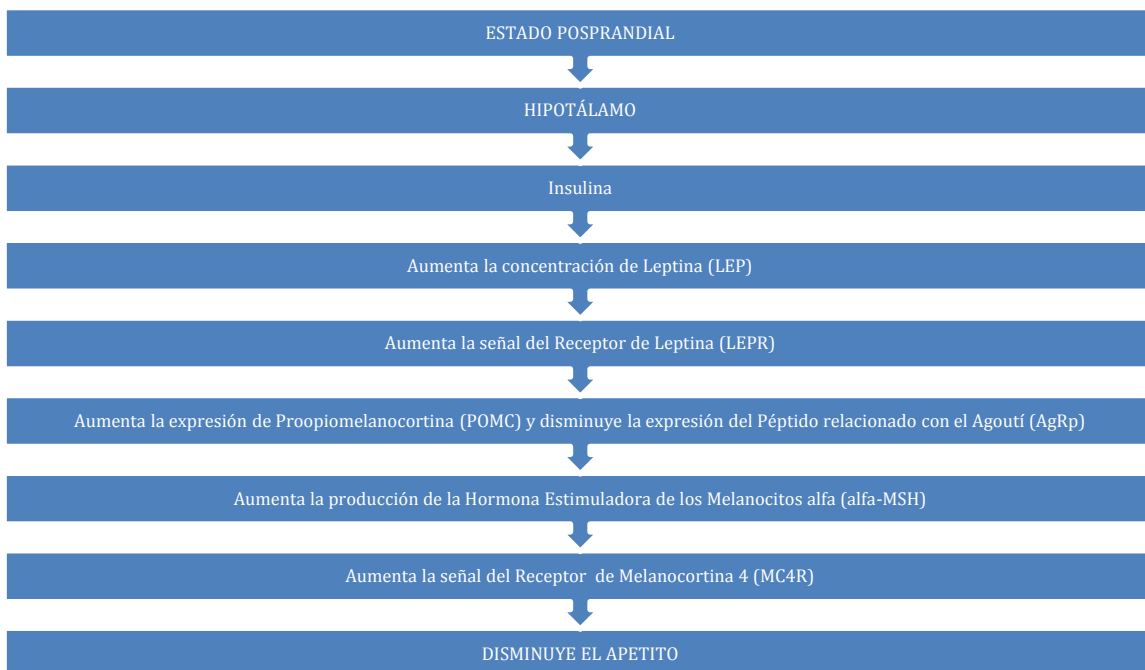


Figura 1.1. Regulación del apetito.

1.5.4 Medicamentos que favorecen la obesidad

Existen medicamentos, que por su acción, producen un aumento del peso corporal, secundario al efecto pretendido.

Tabla 1.4. Medicamentos que favorecen la obesidad

Antipsicóticos
Ansiolíticos
Antiinflamatorios
Antiepilépticos
Leptinas
Antidiabéticos

Antipsicóticos

Debido a los efectos secundarios, el sedentarismo y la acumulación de grasa subcutánea se ven favorecidos en los pacientes, con el consiguiente aumento de peso (Stahl, 2010).

Ansiolíticos

La ingestión excesiva de hidratos de carbono provoca un incremento de serotonina a nivel cerebral, la cual, produce efectos antidepresivos y ansiolíticos, dando lugar a una sensación de bienestar. El comedor compulsivo o con elevados niveles de ansiedad, percibe un bienestar tras la ingestión de alimentos, y utiliza esa conducta como mecanismo de defensa ante los conflictos (Stahl, 2010).

AntiinflamatoriosCorticoides.

Aumentan el apetito y la ingesta calórica, y redistribuyen la grasa en el organismo, promoviendo su depósito en el tronco y reduciéndolo en las extremidades en el denominado Síndrome de Cushing. En dosis elevadas pueden aumentar los niveles plasmáticos de triacilglicéridos.

Leptinas

Las leptinas contribuyen a la regulación de la masa de tejido adiposo y del peso corporal total, y funcionan inhibiendo la ingesta y estimulando el gasto de energía.

La leptina sérica muestra un ritmo circadiano relacionado con los picos de insulina y el ritmo circadiano del cortisol.

1.5.5 Procesos médicos relacionados con el estado de la obesidad

Tabla 1.5. Procesos médicos que se relacionan con el estado de obesidad

Hipotiroidismo
Cuadros afectivos
Cuadros de ansiedad
Trastornos del sueño
Parkinson
Síndrome de Ovarios Poliquísticos
Síndrome de Cushing
Hipogonadismo
Hiperinsulinismo
Embarazo
Síndrome de Prader Willi

Hipotiroidismo

En el hipotiroidismo, la actividad corporal se reduce, causando que se quemen pocas calorías, por lo que el cuerpo tiende a ganar peso.

Depresión

Entre las manifestaciones físicas la depresión destacan las alteraciones del apetito, del sueño y la fatigabilidad, sobre todo en la depresión atípica, puede asociarse a un aumento del sedentarismo, y por tanto, a un aumento ponderal del peso.

Insomnio

Cuando una persona ha pasado varias horas sin dormir bien, comienza a secretar en menor cantidad la hormona leptina, encargada de disminuir el apetito, a la vez que aumenta la concentración de la hormona grelina, cuya función es favorecerlo.

Las alteraciones en el sueño pueden alterar la capacidad el metabolismo de los carbohidratos, por lo que los niveles de glucosa en plasma pueden aumentar. Esto conduce a la secreción aumentada de insulina, lo que favorece el almacenamiento de grasa en el cuerpo y la resistencia a la misma.

La alteración del sueño puede cambiar las preferencias dentro de los tipos de alimento, por lo que se tiende a seleccionar alimentos más calóricos, ricos en hidratos de carbono y grasas (Seicean, 2011).

Enfermedad de Parkinson

Si bien existen estudios que demuestran una asociación entre obesidad y Parkinson, tras haber encontrado una baja disponibilidad de los receptores D2 de dopamina en ambos tipos de pacientes, aún faltan estudios que aclaren los mecanismos por los que esto ocurre, aunque se sugiere un importante componente ambiental, en base a los estudios de concordancia en gemelos heterocigotos y homocigotos (Zhang, 2014). Por su parte, se ha encontrado que el aumento del pliegue tricípital se asocia a un riesgo elevado de padecer Parkinson.

Ciertos pesticidas causan la muerte de neuronas dopaminérgicas e inducen parkinsonismo en modelos animales, de forma que el uso de los mismos, aumentaría la incidencia de la enfermedad de Parkinson.

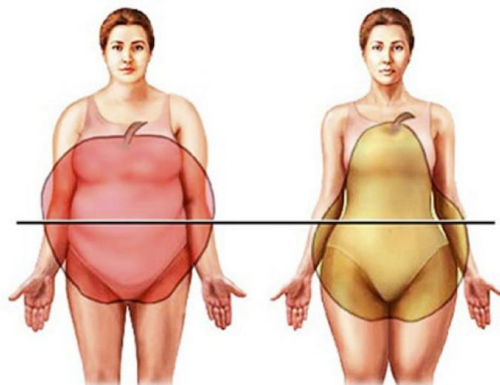
1.6 Diagnóstico y clasificación de la obesidad.

La Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad consideran obesidad mórbida un IMC superior a 40 kg/m² (Rubio, 2007).

Aunque el Índice de Masa Corporal (IMC) no es un excelente indicador de adiposidad en individuos musculados como deportistas y en ancianos, es el índice utilizado por la mayoría de estudios epidemiológicos y el recomendado por diferentes sociedades médicas y organizaciones de salud internacionales para el uso clínico, dada su reproductibilidad, facilidad de utilización y capacidad de reflejar la adiposidad en la mayoría de la población.

1.6.1 Evaluación de la composición corporal

La distribución regional de la grasa, se realiza midiendo los pliegues cutáneos en tronco y extremidades, y la relación entre la circunferencia de cintura y de cadera (ICC), ha sido el índice más usado para clasificar anatómicamente a la obesidad en androide y ginecoide.



Fuente: J Am Coll Cardiol. 2014; 64 (10): 997-1002

El índice cintura cadera se calcula a través de la siguiente fórmula:

$$ICC = \text{circunferencia abdominal} / \text{circunferencia glútea}$$

La obesidad androide o central se caracteriza por la distribución de la grasa en tronco y abdomen, con valores de Índice Cintura Cadera superiores a 1,0 en hombres y 0,85 en mujeres. Se correlaciona con obesidad hipertrófica, y se asocia a complicaciones como diabetes, dislipidemia, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular.

La obesidad ginoide, distribuye la grasa en el área glúteo-femoral, con valores de ICC inferiores a 1,0 en hombres y 0,85 en mujeres.

De acuerdo al número y tamaño de los adipocitos, la obesidad se puede clasificar en *hiperplásica*, *hipertrófica* y *mixta*.

La medición de **pliegues cutáneos** se basa en que la grasa que se encuentra debajo de la piel, aumenta con el peso. Las medidas se pueden realizar en diferentes localizaciones, con el uso de instrumentos calibrados.

La **impedanciometría bioeléctrica** es una técnica indirecta de medición de la composición corporal, que se basa en que la grasa conduce mal la corriente eléctrica. Este método mide la impedancia con diferentes frecuencias de corriente alterna, creándose ecuaciones de regresión en base al sexo, edad, talla y peso. Es un procedimiento inocuo, de bajo costo y con buena correlación con técnicas más complejas, y nos proporciona información de la cantidad de agua, masa magra y masa grasa. Es útil en población obesa, debido a que otros métodos requieren de un observador entrenado.

La función del psiquiatra en la evaluación del paciente con obesidad mórbida es determinar qué opción de tratamiento es la más adecuada desde el punto de vista psicológico del enfermo, analizar si existe contraindicación psiquiátrica a la intervención quirúrgica y dar una línea al paciente respecto al tratamiento y seguimiento postquirúrgico. Para todo este complejo estudio se recomienda la utilización de entrevistas clínicas, tests psicológicos y valoración del comportamiento del enfermo sobre unos tres meses, mínimo, antes de la operación (Charles 1987).

En la obesidad, es imprescindible la realización de una historia clínica completa, donde se recojan antecedentes familiares y personales de interés, se efectúe una pormenorizada anamnesis dirigida, se profundice en la evolución de la obesidad a lo largo de la vida y se hagan constar aquellos aspectos de interés en cuanto a la alimentación y hábitos de vida. Se prestará especial atención a los siguientes puntos:

- a) causas desencadenantes de la obesidad (gestación, menopausia, cese del consumo de tabaco, toma de fármacos asociados a un incremento de peso corporal);
- b) causas secundarias de obesidad;
- c) identificación de comorbilidades mayores o menores;
- d) estudio de los hábitos alimentarios, descartando posibles alteraciones del comportamiento alimentario, y nivel de actividad física;
- e) registros de los intentos previos de pérdida de peso, los tratamientos utilizados y su eficacia, y
- f) motivación para enfrentarse a un nuevo programa de adelgazamiento.

La exploración física irá dirigida a observar la presencia de signos de obesidad secundaria y, a la vez, consecuencias de la propia obesidad.

A partir del peso y la estatura se calculará el IMC, con la fórmula: peso expresado en kilogramos, dividido por la talla al cuadrado expresada en metros cuadrados (kg/m^2).

Tabla 1.6. Criterios SEEDO para definir la obesidad según IMC en adultos.

Criterios SEEDO para definir la obesidad en grados según el IMC en adultos	
Categoría	Valores límite del IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25,0-26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0-29,9
Obesidad tipo I	30,0-34,9
Obesidad tipo II	35,0-39,9
Obesidad tipo III (mórbida)	40,0-49,9
Obesidad tipo IV (extrema)	>=50

1.6.2 Test psicológicos y obesidad.

Añadidos a la entrevista clínica, pueden servir de ayuda en el estudio de estos enfermos. Entre los tests que podemos utilizar se encuentran aquéllos que valoran la conducta alimentaria, como puede ser The Eating Disorder Inventory 1 y 2 (Garner 1991), The Binge Eating Scale (Gormally 1982), The Three Factor Eating Questionnaire (Stunkard 1985); el estado psicológico con The Symptom Chek List 90 Revised (Derogatis, 1977), la Escala de Depresión de Beck (Beck, 1974), la Escala de Depresión de Hamilton (Hamilton 1960); la personalidad con The Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (Millon 1987), The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Butcher 1989), The International Personality Disorders Examination (WHO 1996); así como estudios más específicos de las relaciones de pareja o de la calidad de vida.

1.6.3 La obesidad en la CIE-10.

La CIE no recoge en la clasificación de Trastornos Mentales la obesidad, aunque contempla la Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas (F50.4). Sí incluye la Obesidad dentro de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E66) (WHO. Classifications. ICD-10, 2010). A continuación se explican los criterios diagnósticos, según la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades:

F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso.

La obesidad como causa de alteraciones psicológicas no debe ser codificada aquí. La obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales. Puede exagerarse la valoración subjetiva de las dimensiones corporales. Para codificar la obesidad como causa misma de alteración psicológica se deben usar categorías tales como F38.- [otros trastornos del humor (afectivos)], F41.2 [trastorno mixto ansioso-depresivo], o F48.9 [trastorno neurótico sin especificación], más un código de E66.- para indicar el tipo de obesidad.

Incluye:

Hiperfagia psicógena.

Excluye:

Polifagia sin especificación (R62.2).

Obesidad (E66).

E65-E68: Obesidad y otras hiperalimentaciones

E65: Tejido adiposo localizada

E66: Obesidad

E66.0: Obesidad debido a un exceso de calorías

E66.1: Obesidad inducida por medicamentos

E66.2: Obesidad extrema con hipoventilación alveolar

E66.8: Otras obesidades (obesidad mórbida)

E66.9: Obesidad sin especificar

E67: Otras hiperalimentaciones

E67.0: Hipervitaminosis A

E67.1: Hipercarotenemia

E67.2: Síndrome megavitamínico-B6

E67.3: Hipervitaminosis D

E68: Secuelas de hiperalimentación.

E66: Obesidad

La obesidad se define como una enfermedad crónica que se caracteriza por un incremento anormal de peso debido a una producción excesiva de grasa resultado de la pérdida de balance entre el consumo y el gasto de energía. Uno de los factores en la actualidad, es el cambio en el estilo de vida, como son las comidas rápidas hipercalóricas, ricas en azúcares, y las grasas (principalmente saturadas) bajas en fibra; asociado a la inactividad física, sobre un fondo genético.

Elementos diagnósticos:

Relación de cintura cadera >0.94 hombres y >0.85 en mujeres.

En hombres cintura > 90 cm. y en mujeres cintura > 80 cm.

El diagnóstico de obesidad se establece a través de la determinación del índice Corporal (IMC). $IMC = \text{Peso corporal (Kg)} / \text{Talla (m)}^2$.

1.6.4 La obesidad en el DSM-5.

La obesidad no aparece dentro de la clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria ni dentro de las enfermedades psiquiátricas. Los cuadros en los que se describe el sobrepeso u obesidad son:

Trastornos del sueño-vigilia (203)

347.00 (647.419) Narcolepsia autosómica dominante, *obesidad* y diabetes tipo 2.

Problemas relacionados con el acceso a la asistencia médica y otra asistencia sanitaria:

278.00 (E66.9) *Sobrepeso u obesidad* (415)

Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otras afecciones (como la *obesidad*) que pueden ser el foco de atención clínica.

300.23 (F40.10) Trastorno de ansiedad social (fobia social).

Uno de los criterios para diagnosticar el trastorno de pánico, describe que “si existe otra afección médica (como la *obesidad*), el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva”.

327.26 (647.36). Hipoventilación concurrenten relacionada con el sueño.

Trastorno de hipoventilación por *obesidad*.

1.7 Curso y Clínica de la obesidad mórbida

1) Habitualmente comienza en etapas tempranas de la vida; por ello puede influir en el desarrollo y crecimiento del niño o adolescente obeso. La velocidad de crecimiento longitudinal aumenta al inicio, pero generalmente no se afecta la talla final. Este fenómeno se explica por la presencia de factores de crecimiento locales y generales como insulina (Frystyk, 1995).

2) La acumulación de grasa en el adipocito ocurre desde un inicio y se incrementa en las etapas de mayor crecimiento del niño como el primer año de vida, la preadolescencia y la adolescencia.

3) Una vez iniciada la enfermedad, el paciente aumenta de peso en forma progresiva alcanzando en la mayoría de los casos un máximo de peso de acuerdo a un nuevo nivel de balance calórico.

4) El exceso de peso afecta diferentes funciones fisiológicas como el sueño, el control de la temperatura y la función reproductiva y sexual. También muchas veces se altera la simetría y alineación de la columna y de las articulaciones de los miembros inferiores.

Los pacientes con obesidad mórbida pueden presentar variaciones significativas en la cuantía y distribución del tejido graso. En mujeres es frecuente la ganancia de peso después de los embarazos. Los efectos hormonales pueden variar dependiendo del período en que se inicia la enfermedad, el tiempo que ha transcurrido desde su inicio y el uso a veces inapropiado de fármacos anorexígenos.

1.8 Comorbilidad médica y obesidad.

La morbilidad asociada al sobrepeso y la obesidad se ha comprobado en muchas alteraciones de salud, entre las que cabe destacar la diabetes mellitus tipo 2, la dislipemia, la hipertensión, la enfermedad coronaria y cerebrovascular, la colelitiasis, la osteoartritis, la insuficiencia cardíaca, el síndrome de apnea durante el sueño, algunos tipos de cáncer, alteraciones menstruales o esterilidad (SEEDO 2000).

1.8.1 Síndrome metabólico

La obesidad central y la resistencia a la insulina se han considerado los ejes centrales del síndrome. La resistencia a la insulina, supone un incremento adicional del riesgo cardiovascular y de otras alteraciones asociadas a factores lipídicos, trombóticos e inflamatorios. La obesidad visceral, asociada al exceso de grasa corporal, confiere un aumento del riesgo de morbimortalidad (SEEDO 2000).

La obesidad abdominal es la que mejor se correlaciona con el síndrome metabólico. El manejo de la obesidad, aunque es complejo, es el factor más importante en el tratamiento del síndrome, ya que reducciones de 7 a 10% del peso inicial se asocian con una disminución en el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 hasta en un 58% (Knowler, 2002).

Se ha demostrado que una pérdida de peso moderada se acompaña de una disminución significativa en la prevalencia del síndrome metabólico. Por cada kilogramo de peso perdido, el riesgo de padecer este síndrome disminuye en un 8% (Phelan, 2007), por lo que parece lógico motivar al paciente hacia hábitos de vida saludables, dieta y aumento de la actividad física.

1.8.2 Enfermedad cardiovascular

En el estudio DORICA se realizó un análisis comparativo de la sensibilidad y especificidad de diferentes indicadores antropométricos y se evaluaron distintos puntos de corte mediante curvas con que opera el receptor (ROC) para estimar la presencia de factores de riesgo cardiovascular asociados a la obesidad (Rubio, 2007). El perímetro de la cintura y el índice cintura/ altura expresaron los mejores resultados. En hombres entre 25 y 60 años la probabilidad de presentar factores de riesgo cardiovascular aumenta a partir de valores para el índice cintura/altura $\geq 0,53$ y en mujeres $\geq 0,51$. El riesgo de presencia de factores de riesgo cardiovascular se duplica en las mujeres a partir de un IMC de 27 y en los hombres a partir de un IMC de 30. El riesgo de presencia de factores de riesgo cardiovascular en las mujeres con valores para la circunferencia de la cintura de 80 centímetros es equiparable al riesgo para un IMC de 25.

Para valores de la circunferencia de la cintura de 88 cm la OR se estima en torno a 3,0, lo mismo que para un IMC de 30 kg/m². En los varones, estos valores de la cintura son 88 y 98 cm, respectivamente.

1.8.3 Enfermedades digestivas.

Los obesos presentan con mayor frecuencia litiasis biliar, esteatosis hepática y hernia hiatal.

1.8.4 Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

La obesidad ha sido considerada uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo del síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) y del síndrome de hipoventilación asociado a la obesidad. Aproximadamente, el 70% de los pacientes con SAOS son obesos, mientras que el 40% de los pacientes con obesidad presentan SAOS, aumentando la cifra en la obesidad mórbida (Schwartz, 2008).

El SAOS se caracteriza por la obstrucción de las vías aéreas durante el sueño, dando lugar a períodos de apnea (Pillar, 2008). La hipoxemia se ha asociado con mecanismos que favorecen el síndrome metabólico, la enfermedad cardiovascular, y el riesgo de muerte (Shamsuzzaman, 2003). Además de la anamnesis, preguntando al paciente y a algún familiar, la prueba diagnóstica se realiza con la polisomnografía.

Una disminución del 10 a 15% de peso conlleva la reducción del 50% en la gravedad del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (Schwartz, 2008).

1.8.5 Hipertensión arterial

De acuerdo con el estudio de Framingham, se puede considerar que alrededor del 80% y el 65% de la hipertensión esencial en hombres y mujeres, respectivamente, se puede explicar por la obesidad (Garrison, 1987). La distribución central del peso y la grasa visceral, se consideran los factores de riesgo más importantes.

1.8.6 Dislipidemia

Las dislipidemias que se presentan con mayor frecuencia en el individuo obeso son la hipertrigliceridemia y la hipoalfalipoproteinemia. Existe una relación lineal entre la concentración sanguínea de triacilgliceroles y el aumento del IMC (Denke, 1993).

1.8.7 Neoplasias

La asociación entre cáncer, sobrepeso y obesidad ha sido claramente demostrada en muchos estudios. El aumento del IMC se correlaciona con un aumento de la mortalidad por un proceso neoplásico. Las neoplasias que más se relacionan con la obesidad, son: linfoma no Hodgkin, leucemia, mieloma múltiple, cáncer renal, de páncreas, de colon, de recto, de próstata, mama, ovario y útero (Calle, 2003).

Se ha demostrado que la pérdida de peso reduce un 10% la incidencia de cáncer (Parker, 2003).

1.8.8 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus tipo 2 se debe considerar una de las manifestaciones a vigilar más de cerca en la obesidad. Cerca del 70% de los pacientes con diabetes mellitus tienen obesidad en el momento del diagnóstico (Maggio, 2003). El riesgo de desarrollar este padecimiento aumenta cuanto mayor es la duración de la obesidad, así como con la distribución central de la grasa corporal.

La dieta y el ejercicio físico han demostrado prevenir la diabetes en los pacientes con obesidad (Hu, 2001). Una reducción de peso de entre el 5% y el 10% en pacientes con obesidad supone una

mejoría en el control de la glucemia, en el perfil lipídico, la tensión arterial y la resistencia a la insulina (Joffe, 2007).

En el tratamiento farmacológico del paciente obeso con diabetes es necesario hacer una buena selección del fármaco que se prescribe, pues varios de los medicamentos antidiabéticos tienen como efecto secundario la ganancia de peso.

La insulina y sus secretagogos no pueden ser de primera elección en los pacientes con obesidad, porque aumentan el peso, y su uso se debe posponer hasta estar seguros de que el paciente está haciendo el máximo esfuerzo en lo que se refiere a dieta y ejercicio.

La metformina reduce el IMC (Golay, 2008). Es el antidiabético oral de elección en pacientes con obesidad.

Los inhibidores de la alfa-glucosidasa permiten una discreta disminución de peso (Lee, 2007). Las triazolidinedionas inducen ganancia de peso por su efecto dosis dependiente (Lebovitz, 2001).

1.8.9 Patología osteomuscular

La articulación con una mayor relación causal es la rodilla (Sowers, 2001).

El dolor asociado a la patología osteomuscular limita la actividad físicas, lo que supone un aumento del peso y mayor riesgo de comorbilidades asociadas a la obesidad.

Con la reducción de peso se logra una mejoría funcional y una reducción del dolor osteomuscular, lo que aumenta la agilidad y la capacidad para realizar actividad física (Anandacoomarasamy, 2008).

1.9 Comorbilidad psiquiátrica y obesidad.

Ciertas enfermedades psiquiátricas son factores de riesgo de obesidad, como por ejemplo, la bulimia y los cuadros ansiosos. A su vez, la obesidad es un factor predisponente de trastornos psiquiátricos como la depresión. Por este motivo, es importante asegurar un tratamiento que abarque tanto el aspecto físico como mental, con un enfoque multidisciplinario, en el que psiquiatras y psicólogos deberían estar incorporados al equipo terapéutico (Bustamante, 2006).

Las causas psicológicas de la obesidad no están clasificadas dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, ni en la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM) (Vázquez, 2001). Sin embargo, la mayoría de los estudios epidemiológicos señalan que los obesos tienen una peor calidad de vida (Guisado 2002), alteración de su imagen corporal, una mayor frecuencia de antecedentes de abuso sexual en la infancia (Vaz 2005, Gabert, 2013), de trastornos de alimentación y trastornos por estrés postraumático (Hoerster 2015), entre otros cuadros psicopatológicos.

La prevalencia global de trastornos del Eje I en candidatos a cirugía bariátrica es del 37,6%. Los trastornos del humor representan los diagnósticos más frecuentes (22,0%). Los trastornos de ansiedad y trastornos de la alimentación tienen una prevalencia del 18,1% y 12,8%, respectivamente. Trastornos por uso de sustancias o alcohol son poco frecuentes (Maury 2008).

En cuanto al EJE II, numerosos estudios han encontrado una mayor tasa de trastornos de la personalidad con la obesidad (Guisado 2002, Maury 2008, Marek 2014).

Cabe destacar que una de las complicaciones de la cirugía bariátrica a largo plazo es el suicidio con un porcentaje entre 8,8% y 37,5% (Hsu 1998).

Otra sintomatología observada en los pacientes con obesidad tiene que ver con la identificación de las emociones y la impulsividad.

La *alexitimia*, fue estudiada por Wheeler & Broad (1994), y consiste en la dificultad para reconocer las propias emociones, lo cual se ha observado en pacientes con obesidad, que no diferencian cuándo tienen hambre y cuándo están saciados, y necesitan señales externas que les indiquen cuándo comer y cuándo parar. Como tienen dificultad para discriminar las emociones, la respuesta a cualquiera de ellas deriva en un aumento de la ingesta. Este problema se atribuye a veces a la dificultad que tiene la madre en interpretar la comunicación no verbal del bebé, respondiendo ante cualquier necesidad de la misma manera: proporcionando comida.

1.10 Imagen Corporal e Insatisfacción corporal

La imagen corporal es importante para hombres y mujeres, y supone una representación psicológica sobre cómo somos físicamente, lo cual puede o no coincidir con la apariencia real (Keeton, 1990). Las teorías evolutivas asocian una mejor imagen corporal a una mejor capacidad reproductiva y, por consiguiente, a la perpetuación de la especie. Por su parte, Dion, Berscheid & Walter (1972), sugieren que la imagen corporal viene definida por una serie de procesos cognitivos, que nos hacen percibirla de diferente forma a unos y otros. Y además de las teorías biológicas, no cabe duda de que existen unos estereotipos culturales y un aprendizaje social que hace que nos comportemos de forma diferente según sea la imagen corporal.

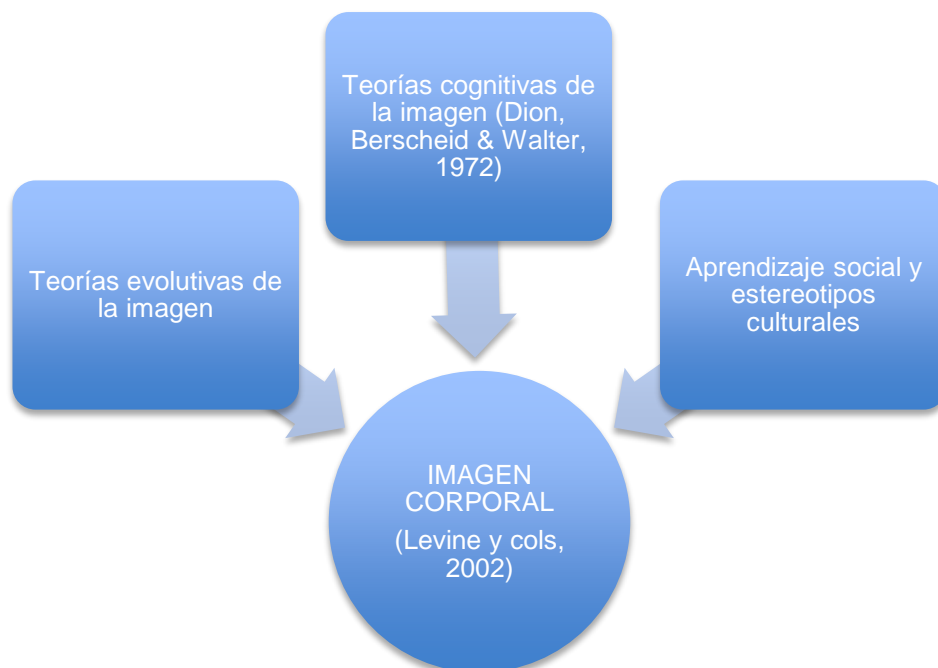


Figura 1.2. Imagen corporal

Una mejora en la imagen corporal, conlleva una serie de ventajas que hacen cuidarla, a veces, hasta de una forma extremada. Por un lado, estamos acostumbrados a atribuir rasgos de personalidad más positivos a las personas con una buena imagen corporal (Brehm y cols, 2002), considerándolos como personas exitosas, afables, sociales, inteligentes y más atractivas, en definitiva (Keisling & Gynther, 1993). El hecho de que la imagen corporal sea percibida como atractiva, mejora el apoyo social y también nuestro comportamiento para con los otros (Mendelson & Jackson, 2002). Está también demostrada una mejora en los encuentros sexuales y en las relaciones de pareja (Kahn & fawcett, 2008), y, por consiguiente, la persona mejora la autoestima, el autoconcepto y la satisfacción corporal (Levine, 2002; Jackson, 2002; Brehm 2005). Es obvio que con estas ventajas, deseemos, ya sea por una cuestión biológica, cognitiva o social, tener una buena imagen corporal.

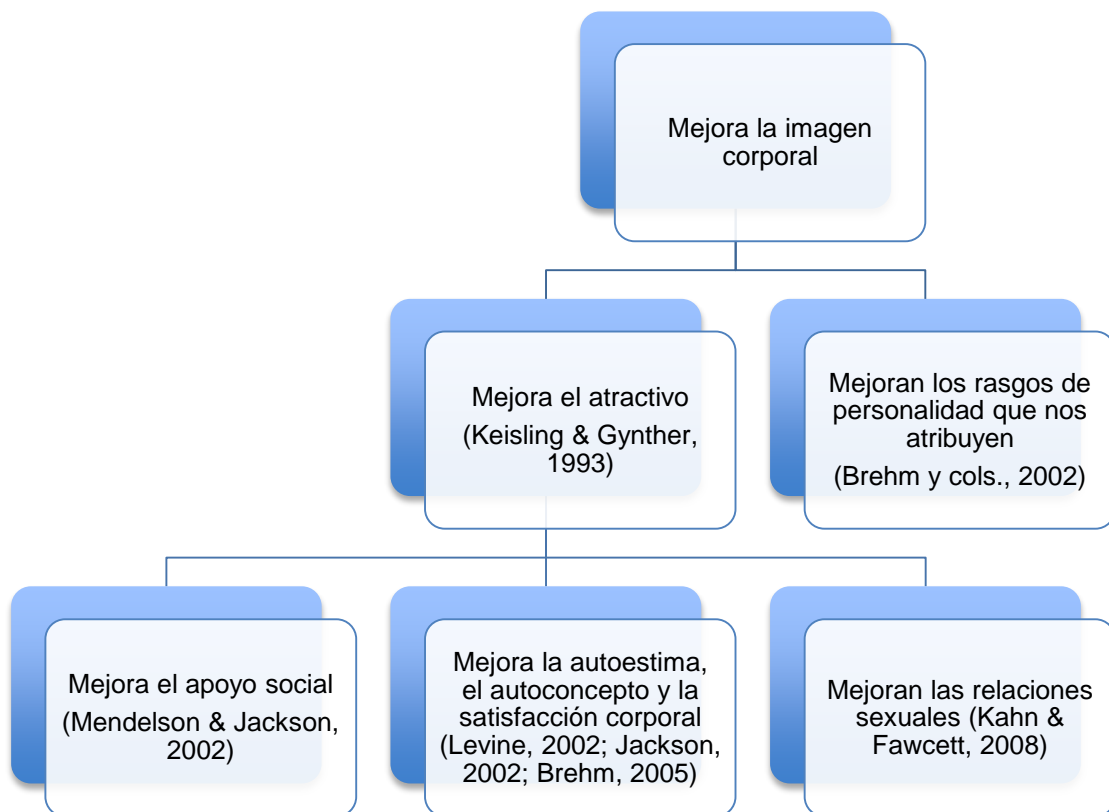


Figura 1.3. Mejoría de la imagen corporal

Clásicamente se ha considerado que la diferencia entre los pacientes con bulimia que realizan atracones y que además, tienen obesidad, reside no sólo en la realización de conductas compensatorias posteriores a los atracones, sino también a que en los pacientes con obesidad no sentían insatisfacción corporal. Sin embargo, estudios más recientes demuestran que los pacientes con obesidad también se sienten insatisfechos con su imagen. De esta forma, si no se está satisfecho con la imagen corporal, se podrían manifestar dos posibles conductas: una supondría la realización de dieta y ejercicio físico como medidas adoptadas; la otra opción llevaría a considerar la insatisfacción corporal como derivada de una falta de control de la imagen corporal, que desembocaría en una falta de control en la conducta alimentaria, y, en ocasiones, a una disminución de la actividad física, que podrían dar como resultado, la obesidad, con las consecuencias de una peor calidad de vida, con alteraciones médicas y psicológicas (Sobal, 1984), además de continuar insatisfechos con la imagen corporal, y de ser discriminados por los iguales (Sobal, 1984).



Figura 1.4. Insatisfacción corporal

El estigma de la obesidad, puede tener que ver con el concepto de obesidad con enfermedad. Según Puhl & Brownell, cuando la obesidad no es severa ($IMC < 40$), la obesidad no se considera una enfermedad, sino que la responsabilidad la tiene el propio sujeto, el cual se siente culpable y discriminado. En cambio, Wadden y cols. (2002), refieren que si la obesidad es severa, ésta se considera una enfermedad, de modo que el paciente queda protegido, y puede, incluso disponer de algún grado de incapacidad.

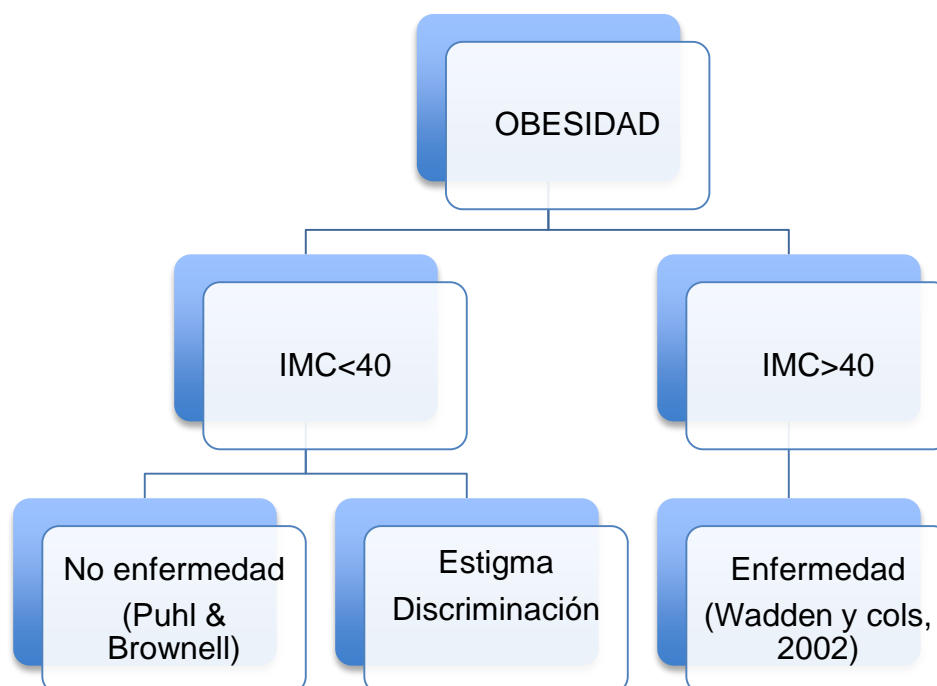


Figura 1.5. Obesidad como estigma o como enfermedad.

1.11 Trastornos alimentarios y obesidad.

Los trastornos alimentarios y conductas alimentarias anómalas son elementos comunes en pacientes con obesidad mórbida. Se han descrito en estos enfermos una mayor tasa de trastorno por atracón (binge eating disorder), bulimia nerviosa, síndrome de ingesta nocturna (night eating syndrome), exceso de ingesta hídrica, insatisfacción corporal y comportamiento alimentarios desestructurados. Este tipo de pacientes estarían en riesgo de tener una ganancia de peso importante tras la cirugía (Lang 2000).

Aunque la pérdida de peso tras la cirugía es al principio muy satisfactoria en la mayoría de los pacientes, se ha descrito que el mantenimiento de dicha pérdida es menos importante a lo largo del tiempo (Sutter 2000). En este sentido se indica que hay pacientes que realizan conductas alimentarias anómalas que afectan el resultado quirúrgico como puede ser una ingesta importante de líquidos y comida (dulces y alimentos de alto contenido calórico) con la consiguiente pérdida insuficiente de peso (Kriwanck 2000).

Desde una perspectiva psicoanalítica, las alteraciones de la imagen corporal se atribuyen a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de ineficacia personal (Bruch, 1982). Para Bruch, la distorsión de la imagen corporal así como las disfunciones alimentarias tiene un carácter simbólico considerándolos como formas de camuflaje de diversos problemas que por otros medios no han podido resolver. Desde entonces, se considera un

criterio diagnóstico de Anorexia y Bulimia a la alteración de la imagen corporal (Morales, 2006), y se relaciona con rasgos de personalidad.

Baile (2003), desde el modelo cognitivo-afectivo, considera la insatisfacción corporal dentro de los factores predisponentes. La alteración de la imagen corporal surgen de una distorsión perceptiva que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y una alteración cognitiva y afectiva asociada a la preocupación por la figura corporal (Garner & Garfinkel, 1981). Posteriormente, autores como Johnson & Wardle (2005), o Sánchez-Sosa y colaboradores (2008), han encontrado una asociación entre la insatisfacción de la imagen corporal y la conducta alimentaria de riesgo. Sin embargo, los hallazgos de estos últimos estudios indican que tanto la insatisfacción de imagen corporal como la conducta alimentaria de riesgo están más asociadas con el sobrepeso que con el infrapeso.

La insatisfacción con la imagen corporal es muy común en obesos. Tal insatisfacción es tan frecuente en mujeres adolescentes, incluso con normopeso, que se ha descrito como “el descontento normal”. Por tanto, de manera intuitiva, los cirujanos esperaban que las mujeres con obesidad candidatas a cirugía deberían experimentar una mayor insatisfacción con su imagen corporal y su apariencia. Sin embargo, los estudios preliminares no encontraron diferencias entre mujeres obesas tratadas farmacológicamente frente a mujeres con obesidad mórbida candidatas a cirugía bariátrica. (Wadden, Sarwer, Womble, Foster, Mc Guckin y Schimmel, 2001). Este hallazgo sugiere que puede existir un “efecto umbral”, por el que los pacientes experimentan un aumento en la insatisfacción con su imagen corporal a medida que aumenta la obesidad.

En los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, la mejoría del estado emocional que experimentan se relacionó significativamente con los cambios en la imagen corporal y en las relaciones sociales y de pareja. Sin embargo, los cambios en la imagen corporal fueron independientes o no se relacionaron con las mejorías en las relaciones sociales o de pareja (Iruarrizaga, 2006).

Por otro lado, aunque atendiendo fundamentalmente a criterios médicos, la cirugía ya se considera como la mejor solución a la obesidad mórbida, no sabemos mucho acerca de la valoración que la persona obesa hace de los costes y beneficios de la intervención, ni de su satisfacción con la intervención bariátrica y sus resultados (Albaina, Díez, Ibañez- Ruiz y Navaridas, 2001; Bowers, Swan y Koehler, 1994; Carbajal, García, Márquez, Hernández, Martín-García y Cerquella, 2008; Choi, Frizzi, Foley y Harkabus, 1999; Jun, Peterson y Zsidin, 1998; Mira y Aranaz, 2000; Pérez-Jover, Mira, Tomás, Nebot y Rodríguez-Marín, 2010; Ruiz, Berrocal y Valero, 2002).

En un estudio de satisfacción con 82 pacientes con una banda gástrica evaluados después de dos años después de la intervención, se encontró un 8% de pacientes “insatisfechos” y un 7% “muy insatisfechos”. Parte de los motivos de insatisfacción tienen que ver con la falta de resultados, la morbilidad física (erosión de la pared gástrica, dilatación, perforación y vómitos repetitivos) y los problemas con el puerto de anclaje, aunque también un número significativo de pacientes estaban insatisfechos por rechazo psicológico (Sannen, Himpens y Leman, 2001).

En otro estudio se recogía cómo, la satisfacción del sujeto va disminuyendo cuanto mayor es el tiempo que ha pasado desde la operación, independientemente de que las pérdidas de peso sean adecuadas. Asimismo, los pacientes más jóvenes (menos de 35 años) están igual o menos

satisfechos tras la cirugía bariátrica que antes de la intervención, a pesar de obtener pérdidas de peso similares al grupo de mayor edad (Ruiz, Berrocal y Valero, 2002).

Algunos autores refieren que las mejoras emocionales tras la cirugía bariátrica no se relacionan con la pérdida de peso sino con la mayor satisfacción en las relaciones sociales y de pareja así como en la mayor satisfacción con la imagen corporal (Ruiz, Berrocal y Valero, 2002).

Sin embargo, en algunos estudios, las mejorías del humor no se mantienen completamente en la evaluación a los dos años (Guisado, Vaz y Rubio, 2002) y no suelen alcanzar los niveles de mejoría que consiguen los pacientes en términos de bienestar general (Mathus-Vliegen, de Weerd y de Wit, 2004).

Las investigaciones orientadas hacia la determinación de la influencia cultural en los desórdenes alimenticios deberán de contemplar diversos aspectos de aculturación y/o identificación étnica (White & Grilo, 2005). Estudios transculturales han encontrado diferencias en relación a la forma corporal ideal, encontrando, en la cultura occidental, una asociación positiva entre el prestigio social y la acumulación de grasa, ya que ésta se relaciona con un mayor acceso a recursos alimenticios, reflejando un mayor potencial económico y social (Swami & Martin, 2006).

El carácter multifactorial de las explicaciones modernas, ha conducido a replantear el abordaje de la conducta alimentaria y hacia la búsqueda de nuevos modelos explicativos de los trastornos de la conducta alimentaria. El estudio de March y colaboradores (2006) acerca de los trastornos de conducta alimentaria la conceptualizan como enfermedad multicausal.

Marín (2002) considera que en la etiología de los problemas alimenticios se debe contemplar una combinación de factores biológicos (genéticos y neuroquímicos); psicológicos (perfeccionismo, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás y baja autoestima); familiares (padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito, rígidos y evitadores de conflictos) y sociales (sobreevaluación de la delgadez en la mujer, junto con estímulos de ingesta de alimentos de alta densidad energética).

Para comprender la problemática asociada con la obesidad es necesario analizarla desde un enfoque multidisciplinar. Los pacientes se pueden ubicar así en tres categorías (Sánchez Planell):

El paciente que padece algún trastorno psiquiátrico (trastorno de alimentación y trastorno afectivo) que contribuye a la génesis o desarrollo de la obesidad.

El paciente que desarrolla algún trastorno psiquiátrico reactivo a su obesidad, como producto de su incapacidad (provocada por su condición) de cumplir las demandas sociales, laborales y familiares, entre otras.

El paciente que durante el tratamiento de su obesidad llega a desarrollar algún trastorno psiquiátrico (trastorno de alimentación y trastorno afectivo) que no le permite una evolución favorable hacia la reducción de peso (SánchezPlanell,1992).

Los desórdenes alimenticios obedecen a un continuo en donde tanto los problemas de infrapeso como de sobrepeso abaten no solo a los países occidentales sino que se extienden por el proceso de aculturación a los denominados países occidentalizados entre los cuales podemos contar a nuestro país. Se asume que el carácter consumista de la cultura occidental ha generado problemas

alimentarios tanto de desnutrición como de sobrealimentación. En la época actual el consumo de alimentos de alto contenido calórico ha aumentado. Esto, unido a la incorporación de la mujer al mundo laboral y el cambio de la estructura familiar hacia un sistema monoparental en muchos casos, ha generado la cultura de la “comida rápida”, llevando a un ambiente obesogénico (Epstein, 2007).

Los trastornos de alimentación, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, o el trastorno por atracón, están descritos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. La obesidad como tal no se aborda en el DSM-5, pero se ha establecido su asociación con síndromes psicológicos o conductuales que cumplen un importante papel en la etiología y desarrollo de la obesidad, como es el caso de la depresión o del síndrome del comedor nocturno (DSM-IV-TR, 2002). También puede haber síntomas atípicos de la depresión mayor en el trastorno distímico. Los síntomas de ansiedad, pueden provocar la ingestión inapropiada de comida como ansiolítico.

El trastorno depresivo con síntomas atípicos se caracteriza por hipersomnia e incremento del apetito con apetencia por los hidratos de carbono. No genera un incremento de peso importante, pero si el cuadro se prolonga mucho tiempo, el aumento ponderal podría ser significativo.

Trastorno Depresivo Mayor con síntomas atípicos. DSM-5

Presencia de cinco o más síntomas durante un período de dos semanas, que representan cambios respecto de la actividad previa. Uno de los síntomas debe ser alguno de los dos primeros de la lista, es decir, estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Síntomas:

- Estados de ánimo depresivo la mayor parte del día o casi cada día.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
- Incremento del apetito y del peso corporal.
- Hipersomnia casi todos los días.
- Enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o de culpa.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente o tentativa de suicidio.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se experimenta reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas).

En 1959, Albert J. Stunkard describió en una muestra de pacientes obesos un síndrome caracterizado por la presencia de episodios de comer compulsivo; lo denominó trastorno por atracón.

El trastorno por atracón es el trastorno alimentario más prevalente en la obesidad, entre un 19% y un 33% (Martini, 2014) de los obesos candidatos a cirugía, seguido por la bulimia nerviosa, que se

observa en un 1,6% (Mitchell 2015). Se caracteriza por comer de una forma compulsiva, en poco tiempo, sin utilizar mecanismos compensatorios (a diferencia de la bulimia nerviosa). Puntúan alto en las subescalas de psicopatología en depresión, ansiedad, fatiga y confusión. El pronóstico tras la cirugía bariátrica, es peor en estos pacientes.

Los factores que más se asocian con la presencia del trastorno por atracón son la autoevaluación negativa, las experiencias infantiles o adversas (abusos físicos y sexuales) y los comentarios despectivos sobre el peso, la figura y la conducta alimentaria (Fairburn, 1998). La obesidad infantil y familiar, así como la presión social acerca del peso y la figura corporales fueron hallazgos significativos asociados con este trastorno en un estudio de Striegel-Moore y colaboradores (2000).

Se han elaborado hipótesis sobre la posibilidad de que la predisposición hacia la obesidad determine las conductas en torno a la dieta de reducción de peso, que iniciarían el círculo dieta-atracones-dieta. Sin embargo, esto solo sería válido para el grupo de pacientes con trastorno por atracón en quienes la práctica de dietas repetidas precede al desarrollo del cuadro.

También es cierto que la conducta, como las preferencias alimentarias y la compensación energética tras una restricción, pueden tener una base genética que en su interacción con factores ambientales llegue a determinar patrones de ingestión.

Los mecanismos biológicos relacionados con la conducta de atracón han sido ampliamente estudiados en la bulimia nerviosa a partir de varias hipótesis:

La interrupción de las comidas por saciedad anómala, que determinaría la ingestión de cantidades anormalmente grandes de alimento;

la hipofunción serotoninérgica por el agotamiento del triptófano inducido por la dieta, que conduciría a la preferencia por los hidratos de carbono;

la desregulación de los opiáceos endógenos que controlan la respuesta hedónica a la comida, entre otras (Yanovsky, 1995).

Los mecanismos psicológicos asociados con la conducta de atracón están focalizados en la restricción dietética y en la evitación de emociones negativas. Las personas que restringen su dieta de forma voluntaria para controlar el peso tenderán a la sobreingestión cuando abandonen tal restricción (Polivy, 1985). Mientras que en la bulimia nerviosa la restricción precede al atracón, en los obesos con trastorno por atracón la relación está menos definida, ya que cerca de 40% de estos pacientes informan que el cuadro se inició con sobreingestiones y que la restricción es más frecuente en los casos de inicio tardío (Abbott, 1998).

La relación entre afecto negativo y atracón se debe a la reactividad del cuadro más que a la propia depresión. La pérdida de control sobre la comida aparece tanto en emociones negativas como ante estímulos cognitivos o sustancias de abuso, y es frecuente en los pacientes con trastorno por atracón y con trastorno de personalidad con deficiencia en el control de los impulsos o baja tolerancia a la frustración. En el ámbito clínico, se podría considerar que los pacientes con obesidad que presentan trastorno por atracón tienen una mayor prevalencia de trastorno borderline de la personalidad e historia personal y familiar de abuso de sustancias adictivas, en comparación con los obesos sin trastorno por atracón (Vamado, 1997).

Las personas con obesidad y trastorno por atracón solicitan tratamiento de forma más frecuente que los pacientes que no tienen dicho trastorno, presentando mayor insatisfacción corporal, inicio más temprano de la obesidad, más rasgos de personalidad, más frecuencia de depresión, ansiedad, y mayor alteración en la conducta alimentaria.

En cuanto a criterios diagnósticos, las principales diferencias entre el DSM IV y el DSM-5 radican en que en la última clasificación se considera como trastorno alimentario específico, y en que uno de los criterios diagnósticos asume que estos episodios ocurran al menos dos días por semana durante 6 meses (DSM-IV), frente al DSM-5, que propone que ocurran al menos una vez por semana durante tres meses. Esto podría hacer que aumentase la prevalencia de este cuadro, al diagnosticarlo más veces.

Respecto a los atracones como síntoma, la genética ha demostrado ser un factor causal (Bulik, 2003), encontrando heredabilidad sustancial de la obesidad y moderada heredabilidad de la conducta de atracón, con correlación genética entre ambos factores. Una mutación en el receptor de melanocortina-4 parece ser el responsable de esta asociación (Branson, 2003).

El Síndrome de Ingesta Nocturna fue descrito por primera vez en obesos que precisaban perder peso (Stunkard, 1959). Se define como sobreingesta con despertares nocturnos para comer (Allison, 2005). La prevalencia es más alta en obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica, y varía desde el 8 al 27% (Adami, 1999). Éste se considera parcial si la conducta es de hiperfagia sólo, lo que supone la ingesta del 25% de las calorías diarias tras la comida de la noche; también se trata de un cuadro incompleto cuando tres o más días por semana los pacientes se despiertan y realizan ingestas nocturnas. En cambio, cuando se da la combinación de hiperfagia e ingestas nocturnas, hablamos de síndrome de ingesta nocturna completo (Allison, 2006).

El Síndrome del comedor nocturno se caracteriza por el retraso de la fase de los patrones circadianos y del comer. Se manifiesta por anorexia matutina, hiperfagia vespertina, insomnio y levantamientos nocturnos seguidos de ingestión de comida (Stunkard, 1955). La hiperfagia vespertina consiste en la ingestión de la mayor cantidad de energía en la segunda mitad del día. Se considera que existe esta condición cuando el consumo de energía vespertino es mayor de 50% de la ingestión total diaria. Se ha observado en individuos obesos en períodos de estrés (Stunkard, 2002).

Este trastorno es poco común en población general (se presenta en el 1,5%); se ha notado un incremento en grupos de obesos que asisten a clínicas de obesidad (8,9%) y en pacientes diagnosticados de trastorno por atracón (15%). La prevalencia en pacientes con obesidad extrema asciende hasta el 27% (Rand, 1997) y en candidatos a cirugía bariátrica oscila entre 10 y 42% (Powers, 1999).

En cuanto a los mecanismos biológicos asociados a este síndrome, destacan las alteraciones del ritmo circadiano. En los humanos, los patrones de comer y dormir están sincronizados de forma que la ingestión no ocurra durante la noche. Esta sincronización está a cargo de un marcapasos central localizado a nivel del núcleo supraquiasmático del hipotálamo, que coordina los ritmos biológicos y conductuales. La disociación entre estos ciclos puede desarrollarse a partir de una conducta alimentaria en horarios anómalos (como sucede en los turnos de trabajo durante la noche). Además,

existe una relación entre la presencia de estrés y el establecimiento del síndrome del comedor nocturno. Se han encontrado niveles elevados de cortisol en pacientes con este síndrome. El estrés puede desencadenar los despertares nocturnos. Podría ser que el acto de comer se desarrolle como forma de disminuir el estrés (Marshall, 2004). Los fármacos con efectos serotoninérgicos, como la sertralina, desempeñan un papel en la regulación de los ritmos circadianos (Bray, 1985). A su vez, la terapia de relajación muscular progresiva reduce de manera significativa el estrés y la ansiedad, disminuyendo la sensación de hambre (O'Reardon, 2004).

Los trastornos alimentarios mejoran tras la cirugía bariátrica, posiblemente como consecuencia de una menor insatisfacción corporal (Guisado et al 2002; Sánchez et al 2009).

Criterios propuestos para el Trastorno por atracón en el DSM-5. 307.51 (F50.8)

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado
- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación).

La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional:

Leve: 1–3 atracones a la semana.

Moderado: 4–7 atracones a la semana.

Grave: 8–13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

(DSM-5)

Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado. DSM- 5 307.59 (F50.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”).

Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada):

Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

Síndrome de ingestión nocturna de alimentos:

Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, cabe mencionar la relación que existe entre la obesidad y la **bulimia**.

Barry y col. En 2003, describieron 116 mujeres con bulimia, que presentaban niveles más altos de depresión, más alteraciones de personalidad, y puntuaciones más elevadas en tendencia a la delgadez e inmadurez en el EDI-2 que otro grupo de pacientes con trastorno por atracón y otro que presentaba trastorno por atracón sin obesidad. Las pacientes con bulimia pueden presentar obesidad

de forma comórbida, insatisfacción con la imagen corporal y baja autoestima. La principal sintomatología consiste en atracones compulsivos con conductas compensatorias posteriores como los vómitos, asociados al sentimiento de culpa, que refuerza la abstinencia alimentaria posterior y la repetición del ciclo. Se asocia de forma frecuente a abuso de alcohol y drogas (Kaye, 2008), y suelen describirse rasgos límites de personalidad y dificultad en el control de impulsos, así como inestabilidad emocional.

En el reciente DSM-5 se exige “al menos un episodio a la semana durante tres meses”, en el criterio C, mientras que en el DSM-IV-TR se exigían “dos episodios a la semana durante un período de tres meses”. Además, el DSM-5 elimina los subtipos “purgativo” y “no purgativo”, porque era complicado definir qué conductas eran compensatorias, y porque el subtipo “no purgativo” suele evolucionar hacia el trastorno por atracón. Esto podría implicar que muchos trastornos no especificados pudieran ahora ser diagnosticados como bulimia nerviosa (Behar & Arancibia, 2014).

Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa. DSM-5

Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

Ingesta en un corto período de tiempo (por ej en 2 horas) de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.

Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo: sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está ingiriendo).

Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos una vez a la semana durante un período de 3 meses.

La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Los métodos para evaluar la conducta alimentaria se dividen en:

- *Entrevistas clínicas* (estructuradas o semiestructuradas), para evaluar los métodos usados para perder peso, las restricciones de comida, la actitud ante ella, la presencia de alteraciones emocionales que determinen el consumo, la presencia de conductas alimentarias inadecuadas (atracones...);
- *Cuestionarios autoaplicables*, como complementos de la entrevista, permitiendo sistematizar los signos, síntomas y conductas de los pacientes para que el diagnóstico sea más preciso y reproducible, además de comparar al individuo consigo mismo y con otros pacientes para así poder determinar la gravedad de los síntomas y los cambios derivados de una intervención;
- *Métodos observacionales*, que incluyen la supervisión de pensamientos, conductas y asociaciones.

Entre los instrumentos más usados para evaluar la conducta alimentaria se encuentran los siguientes:

- *Eating Disorder Inventory (EDI-2)*: cuestionario autoaplicable que evalúa la conducta alimentaria, permitiendo describir y medir ciertas características psicológicas, y apreciar la gravedad de la sintomatología (Garner, 1991).
- *Bulimic Investigatory Test for Edinburgh (BITE)*: evalúa la sintomatología bulímica y consta de 33 reactivos, con una escala de gravedad. No intenta identificar a los pacientes de una manera de todo o nada, sino en un continuo de intensidad (Henderson, 1987).
- *Three-factor Eating Inventory (Eating Inventory)*: consta de 51 reactivos, y evalúa tres dimensiones de la conducta alimentaria:
 - restricción cognitiva;
 - desinhibición
 - hambre.

Se utiliza para evaluar el efecto de los programas de pérdida de peso, para predecir la ganancia de peso después de dejar de fumar y para explicar los cambios en el peso (ganancia y pérdida) en individuos deprimidos y con bulimia nerviosa (Stunkard, 1988).

Se realizó una búsqueda en *Pubmed*, para revisar los estudios que consideraban el modelo de *Continuum* de la obesidad con los trastornos alimentarios. Se encontraron doce estudios con los términos *obesity*, *eating disorders* y *continuum*. De estos estudios, tan solo 3 no apoyaron el modelo de *Continuum*. La siguiente tabla muestra los principales hallazgos.

Tabla 1.7. Estudios sobre el Modelo Continuum de Obesidad con los Trastornos de Conducta Alimentaria

Autor y Año	Conclusiones
Senekal y col, 1999	La continuidad estaría basada en considerar la obesidad desde un punto de vista unidimensional, con estudio únicamente del peso corporal, hasta el enfoque multidimensional, que tiene en cuenta también otros aspectos, como la imagen corporal .
Fitzbbon & Blackman, 2000	La continuidad estaría basada en que los pacientes con trastorno por atracón y obesidad tendrían una ingesta en cantidad superior a los pacientes con trastorno por atracón sin obesidad, y estos, a su vez, tendrían una ingesta en mayor cantidad que los pacientes con bulimia nerviosa.
Froguel, 2000	La continuidad estaría apoyada por el modelo genético , que oscila entre las formas monogénicas, más severas y de inicio precoz, en la obesidad, hasta las formas poligénicas, más comunes, no tan graves, de inicio más tardío,

	más comunes, basadas en la interacción entre la susceptibilidad genética con el ambiente.
Wildes y col, 2001	No apoya el modelo de Continuum , porque no encuentra diferencias entre las formas subclínicas (insatisfacción corporal...) y las formas clínicas (bulimia...).
Van Hanswijck de Jonge y col, 2003	La continuidad estaría basada en que las formas de alimentación compulsivas estarían asociadas a formas más graves del trastorno de personalidad borderline , que las formas no compulsivas.
Papezová, 2006	Defiende el modelo de Continuum del comportamiento alimentario , entre la anorexia nerviosa y la obesidad, que representan las formas extremas de la ingesta.
Cserjesi, 2009	No se cumple el modelo de Continuum , ya que, aunque las formas extremas de ingesta-anorexia restrictiva y obesidad-, comparten un déficit atencional hacia ciertos estímulos, la anorexia nerviosa acaba por asociarse más a cuadros de ansiedad, mientras que la obesidad se asocia más a cuadros adictivos.
Núñez-Navarro y col, 2011	La continuidad se explicaría por la tendencia lineal en cuanto a psicopatología , de manera que el trastorno por atracón sería la forma menos patológica, y la bulimia de tipo purgativo, la más patológica.
Cserjesi y col, 2011	No se cumple el modelo de Continuum , pues en la anorexia se tiene dificultad para prestar atención a las expresiones faciales positivas, mientras que en la obesidad no se consigue reconocer las expresiones negativas.
Mobbs y col, 2011	La continuidad se basa en un déficit en la atención a los estímulos , que es menor en los obesos con atracones que en los obesos sin atracones.
Fagundo y col, 2012	Se encuentra un patrón ejecutivo disfuncional , tanto en la anorexia como en la obesidad, que podría apoyar un modelo de continuum entre los pacientes que comen de forma saludable y los que no.

Piccinni y col, 2015

La continuidad se basa en **la adicción a la comida**, mediada por mecanismos dopaminérgicos, que hacen que el sujeto vaya desde el estado sano hasta los trastornos de conducta alimentaria y la obesidad.

1.12 Calidad de Vida y Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social y mental y no solamente por la ausencia de enfermedad.

También la calidad de vida se ha medido según las necesidades de cuatro áreas fundamentales del ser humano:

- a) necesidades biológicas (sueño, comida, sexo, salud y descanso físico;
- b) necesidad de contacto con otras personas;
- c) necesidad de variedad en las actividades de la vida diaria, y
- d) necesidad de realizar actividades gratificantes para la persona.

El deterioro de la calidad de vida es más importante en pacientes con obesidad mórbida que buscan tratamiento quirúrgico y más grave que la que se describe en otras poblaciones de enfermos crónicos (van Hout & van Heck, 2009).

Los pacientes con obesidad mórbida presentan muchas alteraciones de sus funciones corporales que limitan su calidad de vida: respiración entrecortada, trastornos del sueño, sensación de hambre continua, deterioro de las relaciones sexuales, sudoración excesiva, incontinencia urinaria, incapacidad de aseo personal y limitación en la deambulación. Este tipo de problemas se ha relacionado con el exceso de peso (Lang 2000).

La mejora de la calidad de vida se ha convertido en un importante objetivo de la cirugía bariátrica, de la misma manera que la pérdida de peso y la mejora de las comorbilidades. Además, mejorar la calidad de vida puede motivar a los pacientes para mantener el peso perdido tras la cirugía y para mantener las conductas saludables que reducen los riesgos de comorbilidad (Larsen et al, 2003).

Una gran mayoría de obesos mórbidos presenta una menor calidad de vida relacionada con la salud, en comparación con población sana, principalmente relacionada con mayores dificultades físicas, sociales y laborales, peor percepción del estado general de salud, síntomas emocionales, vitalidad, autoestima, limitaciones de rol, y mayor dolor corporal (Rizk & Champault, 2006; Tessier et al 2012).

La sexualidad constituye un dominio de la calidad de vida que ha recibido poca atención. Un pequeño número de estudios concluyen que los obesos, en general, refieren una alta frecuencia de dificultades sexuales atribuidas a su peso: falta de satisfacción sexual, disminución del deseo sexual, dificultades en la actividad sexual y evitación de encuentros sexuales. Además, los casos con un IMC más alto,

los obesos que solicitan cirugía bariátrica y las mujeres con obesidad mórbida son los que se asocian con una mayor afectación de la calidad sexual (Kolotkin et al, 2006).

Aspectos que pueden deteriorar la actividad sexual en los pacientes con obesidad, además del exceso de peso, pueden tener que ver con la autoimagen, que en mujeres puede llevar a la parálisis histérica de las piernas como forma de manifestarse ante el conflicto sexual, concebido como resultado de la necesidad de controlar la actitud del cuerpo en actividades que se relacionan con el sexo, a fin de evitar la vergüenza y culpa que les genera su imagen (Van der Velde, 1985).

Las parejas de hombres con obesidad, reconocen tener problemas sexuales por el sobrepeso en sus parejas. Esta disfunción conduce a la tristeza que se expresa en dificultades de pareja y genera problemas familiares, en los cuales las esposas asumen el papel de culpables. En los estudios relacionados con infertilidad en mujeres con obesidad se ha observado que al reducir de peso hay una mejora en su nutrición, autoestima y actividad física, así como en la actividad sexual, mejorando la probabilidad de quedarse embarazadas (Galletly, 1996).

En estudios sobre la imagen corporal, se ha visto que las mujeres aceptan mejor la imagen del hombre obeso, mientras que los varones tienen mejor índice de aceptación de la imagen de la mujer obesa (Chen, 2005).

Otros estudios, han demostrado la asociación entre los abusos sexuales en la infancia o durante la adolescencia y problemas sexuales en la edad adulta. Los abusos les condujeron a estados de depresión y ansiedad, y la autoestima se vio minada en estas pacientes. Los antecedentes de violación en las mujeres antes de los 16 años se correlacionan con un IMC mayor en la vida adulta y un mayor impacto sobre su imagen corporal, no encontrando esta diferencia cuando el abuso era en varones (Mamun, 2007).

En un estudio realizado con adultos con obesidad extrema sometidos a cirugía bariátrica, se encontró que 27% había sufrido abuso sexual en la infancia; 9% trauma sexual en la vida adulta, y 19%, abuso físico y un mayor riesgo de desarrollar complicaciones e ingresos en psiquiatría (Clark, 2007).

Se considera que los pacientes con obesidad mórbida son una buena población para estudiar la calidad de vida, ya que el tratamiento de cirugía bariátrica generalmente produce una importante y duradera pérdida de peso, con una mejoría de su estado psicológico y de su calidad de vida (Guisado, 2002).

Dentro de la población de pacientes con obesidad mórbida, aquéllos que padecen trastornos psiquiátricos del Eje I y del Eje II son los que presentan una mayor afectación de la calidad de vida (et al, 2008). Las alteraciones en la calidad de vida pueden contribuir al aumento de riesgo de padecer depresión que se ha documentado en los pacientes con obesidad mórbida (Sarwer & Fabricatore, 2008).

Además de la salud física y psicológica, se ha descrito que para un buen resultado postquirúrgico es necesario un entorno social, familiar y de pareja adecuado, e incluso, algunos centros han llegado a afirmar que la falta de apoyo social debería ser considerado una contraindicación para la cirugía (NIH 1991).

Respecto a los efectos que el apoyo social tiene en relación con la conducta alimentaria, Fuemmeler y colaboradores (2006) realizaron una investigación en la que concluyeron que el apoyo social tenía un efecto directo en el consumo de frutas y verduras. Sin embargo, las investigaciones que incluyen en sus análisis el factor social han atendido a las funciones protectoras y efectos positivos de las relaciones sociales en los ámbitos de bienestar físico y psicológico, un esfuerzo más limitado ha sido dirigido a examinar los factores que determinan el desarrollo de estas relaciones.

Musitu & Allat (1994) realizaron un análisis de diversos modelos de salud familiar, y describe las principales dimensiones que contribuyen a una interacción familiar óptima:

Estructura: una estructura organizacional familiar, con límites claros y permeables para cada uno de sus miembros y un subsistema parental cohesivo.

Afecto: una amplia gama de expresiones afectivas. Intimidad personal, tolerancia para diferentes tipos de sentimientos, unidad emocional.

Control conductual: Un comportamiento democrático de control conductual. Personalidades parentales, coaliciones maritales, roles parentales complementarios y uso del poder.

Comunicación: clara y directa. Correspondencia, consistencia verbal y no verbal, expresividad, claridad en la forma y en la sintaxis y pensamiento abstracto y metafórico.

Transmisión de valores: Transmisión de padres a hijos de los valores éticos y sociales.

Sistemas externos: Límites externos, claros y permeables de la familia en sus relaciones con sistemas externos al propio conjunto familiar.

Desempeño de Tareas y Objetivos: Crianza de los niños, dominio de las separaciones y de los triángulos familiares, control de la conducta y orientación, relaciones entre los iguales y gestión del ocio, afrontamiento de las crisis, emancipación y ajustes post-familia nuclear.

En cuanto al funcionamiento familiar, el modelo de Musitu identifica dos grandes dimensiones: la adaptabilidad y la cohesión familiar (López, 2006):

La adaptabilidad tiene que ver con la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras y relaciones, y se considera que la relación entre adaptabilidad y funcionamiento familiar es lineal, es decir, a mayor grado de adaptabilidad mejor es el funcionamiento familiar.

La cohesión familiar, se define como el vínculo emocional existente entre los miembros de la familia. Es importante implicar a la familia cuando alguno de sus miembros se encuentra en proceso de tratamiento de la obesidad. Se ha demostrado que en las familias donde hay algún miembro con obesidad, los demás corren el riesgo de desarrollar sobrepeso y conductas alimentarias anormales (Patterson, 1988), ya que tienden a mostrar similitud en sus preferencias por los alimentos, así como en la actividad física (Davison, 2002).

Los resultados de los programas para el tratamiento de la obesidad que implican a los familiares, incrementando la actividad física y modificando la dieta, producen una disminución de peso (Epstein, 1995).

En el caso de que el paciente con obesidad sea un niño o un adolescente, es necesario enseñar a los padres técnicas de reforzamiento, control de estímulos y reestructuración ambiental, para crear un entorno en el que se facilite el mantenimiento de hábitos saludables (Epstein, 1998). Sin embargo, existen escasos programas dirigidos a la familia del adulto con obesidad, quizás debido, a que éste ya ha creado su propia familia y es él el que debe modificar su estilo de vida, independientemente del apoyo que puede tener de su familia. Si bien es verdad, que el paciente con obesidad debe reconocer y responsabilizarse de su problema, buscando una solución. Aunque, si volvemos a la importancia del abordaje multifactorial, debemos tener en cuenta también el ambiente en el que se encuentra el individuo, ya que una modificación del mismo, ayudará también a lograr la meta en el tratamiento de la obesidad del paciente.

Es por ello, que son importantes ambos aspectos: tanto la concienciación del paciente de su obesidad, como un ambiente que le facilite el cambio hacia hábitos de vida más saludables. La actitud de la familia es fundamental, y puede variar desde una postura colaborante hasta una postura sabotadora. En las intervenciones familiares empleadas en el tratamiento de la obesidad es importante indagar sobre la motivación al cambio de cada uno de los miembros de la familia, identificando si existen ambivalencias y resistencias. James Prochaska (1992) ha propuesto un modelo de niveles de motivación para los pacientes con trastornos de alimentación, que se podría aplicar a los pacientes con obesidad, y que cuyas fases son precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

En la entrevista motivacional, se pregunta a los familiares sobre la preocupación por el peso del paciente, si creen que la reducción ponderal es posible, y qué aspectos piensan que pueden modificar. Es necesario documentar la proporción de miembros que tiene obesidad y qué medidas se han tomado para tratar la obesidad, así como si la consideran un problema (Emmons, 2001). En la consulta de psiquiatría, se debe considerar la posibilidad de pedir la presencia de un familiar para que reciba información y acordar la involucración de la familia en el tratamiento de la obesidad. Es

importante explorar los patrones familiares de alimentación y la actividad física que mantienen, para modificar los hábitos hacia aquéllos que resulten más saludables y mejoren la calidad de vida.

Los instrumentos para evaluar la calidad de vida son multidimensionales, e incluyen tanto elementos objetivos como subjetivos del bienestar. Podemos diferenciar entre instrumentos que miden la calidad de vida de forma general, como por ejemplo el WHOQOL-BREF y aquellos cuestionarios que se han desarrollado específicamente para poblaciones con obesidad y que tienen que enfrentarse a un proceso quirúrgico, entre los que podemos citar el PsyBari (Mahony,2011). Entre las ventajas de los instrumentos genéricos destaca la posibilidad de comparar el impacto relativo de diferentes enfermedades sobre el estado de salud, así como la de obtener valores poblacionales de referencia (Alonso et al, 1995).

Muchos de los instrumentos específicos fueron diseñados para poblaciones de pacientes con obesidad que seguían un tratamiento conservador y, por tanto, carecen de un abordaje de los problemas relacionados con la cirugía, y no tienen en cuenta la mejora de las comorbilidades tras la cirugía bariátrica (Weiner, 2005).

Teniendo en cuenta que debemos considerar la obesidad como un problema de salud multifactorial, el diagnóstico podría realizarse a nivel integral, de forma que tuviésemos en cuenta los factores tanto biológicos , como psicológicos y sociales (Ford, 2005).

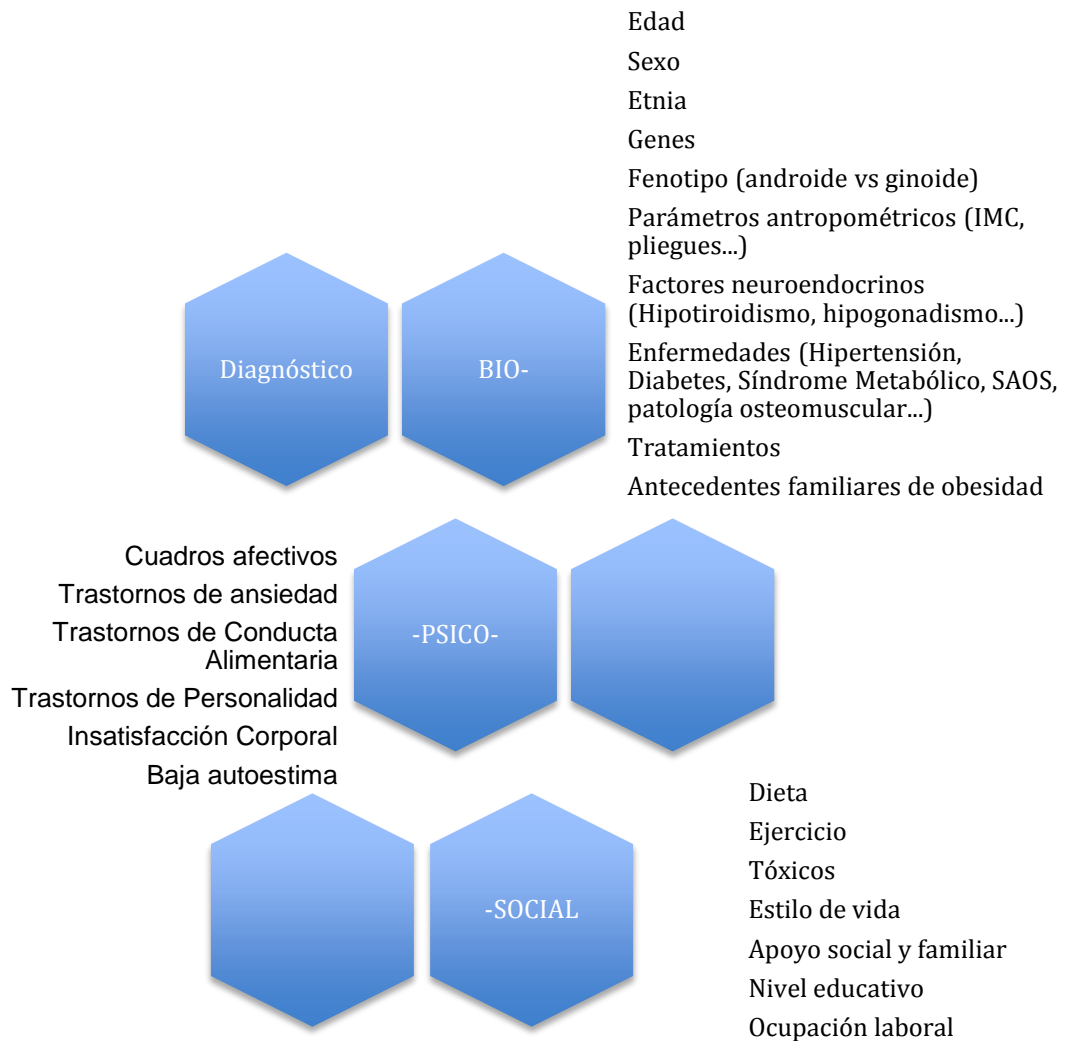


Figura 1.6. Diagnóstico biopsicosocial de la obesidad.

1.13 Tratamiento de la obesidad

El creciente incremento de la obesidad obliga a establecer criterios de intervención en 2 campos claramente diferenciados, pero complementarios entre sí: la prevención y la terapéutica.

La edad, el IMC, la distribución de la grasa corporal, la existencia de comorbilidades y el sedentarismo nos llevarán a diferenciar las actitudes que adoptar ante el paciente obeso (Rubio 2007).

Población con índice de masa corporal entre 18,5 y 24,9 kg/m²

En las personas con peso normal, en principio, no hay una indicación clara de intervención. Sin embargo, se ha de recomendar a todas ellas, sobre todo a las situadas en la franja alta del grupo, el mantenimiento de hábitos saludables de alimentación y ejercicio.

Población con índice de masa corporal entre 25 y 26,9 kg/m²

En esta franja del IMC, en la que está incluido alrededor de un 20% de la población adulta española, la visita médica es obligada. Si el peso es estable, la distribución topográfica de la grasa es femoroglútea y no hay otros factores de riesgo asociados, la intervención terapéutica desde el punto de vista médico no está justificada.

Si cualquiera de las citadas condiciones no se cumple, es aconsejable la intervención, que debería limitarse a los oportunos consejos relativos a la alimentación, al ejercicio físico y a la realización de controles clínicos periódicos.

Población con índice de masa corporal entre 27 y 29,9 kg/m²

En esta franja de IMC empieza a observarse un ligero incremento de la comorbilidad y mortalidad asociado a la acumulación adiposa, especialmente si ésta es de tipo central. En este grupo poblacional, la visita y valoración médica son obligadas.

Si el peso es estable, la distribución topográfica de la grasa es femoroglútea y no hay ningún factor de riesgo asociado, la intervención médica es opcional, aunque los consejos alimentarios y sobre actividad física y el control periódico son muy convenientes. Si alguna de las citadas condiciones no se cumple, el paciente debe ser tratado con el objetivo de perder un 5-10% de su peso corporal y mantener estable en el futuro este nuevo peso.

Para conseguir este objetivo, deben utilizarse las medidas dietéticas, de aumento de actividad física y de modificación conductual adecuadas a cada paciente. Si el objetivo propuesto no se ha conseguido en un plazo máximo de 6 meses, puede estar justificada la utilización de fármacos.

Población con índice de masa corporal entre 30 y 34,9 kg/m² (obesidad grado I)

Presenta un riesgo alto de aparición de comorbilidades. La alteración del metabolismo hidrocarbonado, en especial la aparición de DM2, la dislipemia y la hipertensión arterial, es ya muy frecuente. El tratamiento de esta situación es obligatorio.

La dieta hipocalórica y el ejercicio físico personalizados deben complementarse con el tratamiento de las comorbilidades, que, pese a mejorar todas ellas con la pérdida de peso, podrán precisar casi todas, al menos por un tiempo, del uso de los fármacos correspondientes. El tratamiento supervisado con fármacos antiobesidad puede ser muy beneficioso.

El objetivo principal es reducir el peso al menos un 10% para que disminuya el riesgo cardiovascular.

Población con índice de masa corporal entre 35 y 39,9 kg/m² (obesidad grado II)

Esta situación se acompaña de una alta comorbilidad, por lo que la estrategia terapéutica debe ser parecida a la del apartado anterior, aunque el objetivo propuesto debe ser intentar superar la pérdida del 10% del peso corporal.

Si el citado objetivo no se cumple en un período razonable (6 meses) y el paciente presenta comorbilidad importante, habrá que remitirlo a una unidad hospitalaria de obesidad especializada a fin de estudiar la posibilidad y conveniencia de otras medidas terapéuticas (dieta de muy bajo contenido calórico, cirugía bariátrica, etc.).

Población con índice de masa corporal entre 40 y 49,9 (obesidad grado III) o igual o superior a 50 kg/m² (obesidad grado IV)

La obesidad grados III y IV implica gravedad, sobre todo cardiovascular, extremadamente importante, que aún se exacerba ante el fracaso terapéutico de las medidas habituales de dieta y ejercicio. La cirugía bariátrica es con frecuencia el tratamiento de elección para la mayoría de estos pacientes, por lo que se les debe remitir a unidades de obesidad especializadas.

Plan de alimentación

En el tratamiento de la obesidad el plan de alimentación y la actividad física son pilares fundamentales para conseguir un balance energético negativo. La restricción energética de 500 a 1.000 kcal/día respecto a la dieta habitual se traduce en una pérdida ponderal de 0,5-1,0 kg/semana, lo que representa un promedio de un 8-10% del peso corporal inicial a lo largo de 6 meses. Esta restricción no debería comportar un aporte calórico por debajo de 1.000-1.200 kcal/día en mujeres y 1.200-1.600 kcal/día en varones. Dado que el objetivo es mantener la reducción ponderal a largo plazo, el tratamiento dietético deberá mantenerse de por vida.

La prescripción de la dieta deberá hacerse a partir de una anamnesis completa y adecuándola al peso, edad, sexo, enfermedades asociadas, trabajo, vida social y laboral, gustos y horarios, clima y actividad física del paciente. Para facilitar el seguimiento de la dieta pueden emplearse diversas estrategias, como, por ejemplo, reducir la densidad energética de la dieta, controlar el volumen de las raciones, seguir planes de alimentación preestablecidos o sustituir algunas comidas mediante tablas de intercambio.

Plan de actividad física

La actividad física y el ejercicio son componentes del manejo de la pérdida de peso, junto a un plan de alimentación estructurado.

Por ello, diversas sociedades científicas recomiendan que los adultos deberían realizar al menos 30 min diarios de actividad física de intensidad moderada, preferentemente todos los días de la semana.

Cambios en el estilo de vida y tratamiento psicológico y/o psiquiátrico

En estos planteamientos es conveniente contar con la colaboración de profesionales de la nutrición, psicólogos o preparadores físicos, que ayuden a implementar los programas de adelgazamiento trabajando en un entorno tanto individual como grupal. La psicoterapia conductual intensiva de cambios en el estilo de vida, especialmente en un contexto grupal, ha demostrado claramente su superioridad frente a los programas de tratamiento convencionales con dieta, fármacos y visitas programadas de manera sistemática en la práctica clínica.

La atención psicológica y/o psiquiátrica individual debe considerarse en el tratamiento de la obesidad. Las personas obesas presentan con más frecuencia trastornos afectivos relacionados con una baja autoestima, distorsión del esquema corporal, dificultad en las relaciones sociales y laborales.

A menudo estos síntomas derivan en una mayor prevalencia de alteraciones depresivas y trastornos del comportamiento alimentario, lo que entorpece cualquier planificación enfocada a modificar el estilo de vida. Es conveniente identificar estos síntomas o situaciones personales de conflicto, con la

finalidad de que el paciente inicie un tratamiento psicológico o psiquiátrico de apoyo, antes de comenzar un programa de pérdida de peso.

Aun así, la eficacia a largo plazo del tratamiento integral de la obesidad mediante cambios en el estilo de vida y el ejercicio físico es limitada, aunque posiblemente superior a la de estrategias terapéuticas aisladas que no intentan modificar el estilo de vida a largo plazo.

Tratamiento farmacológico específico

En la actualidad disponemos de 2 especialidades farmacológicas aprobadas para su empleo en la obesidad (el orlistat y la sibutramina).

Orlistat.

Es un potente inhibidor de las lipasas gástrica y pancreática, que impide la hidrólisis de los triglicéridos provenientes de la dieta, reduciendo su absorción en una proporción del 30%, lo que contribuye a desarrollar un balance calórico negativo.

Los metaanálisis muestran que el orlistat produce una pérdida de peso entre 2,8 y 3,2 kg mayor que el placebo, aunque es menor que con sibutramina. La seguridad y eficacia de este fármaco a largo plazo están refrendadas por el estudio XENDOS (Torgerson 2004), donde se observó que el orlistat era capaz de reducir la incidencia global de Diabetes mellitus en un 37%.

Se ha asociado a una disminución de los factores de riesgo cardiovascular; reduce las concentraciones de proteína C reactiva, la lipemia posprandial y los valores de citocinas proinflamatorias, e incrementa las concentraciones de adiponectina.

Debido a la seguridad y eficacia del orlistat, está aprobado su empleo en adolescentes a partir de los 12 años. Como efectos secundarios, puede producir esteatorrea.

Sibutramina.

La sibutramina, que se introdujo como fármaco para el tratamiento de la obesidad en 1997, es una amina terciaria que inhibe selectivamente la recaptación de noradrenalina y serotonina.

En humanos produce una pérdida de peso significativa, que depende de la dosis, por aumento de la sensación de saciedad y disminución del apetito, y presenta una buena tolerancia con la dosis habitual de 10 y 15 mg/día.

Junto con dieta, ejercicio y modificación del estilo de vida, produce una pérdida de peso superior al placebo de -4,5 kg en ensayos a largo plazo (Padwal 2003), incluso en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

También se ha mostrado muy eficaz en el tratamiento de los trastornos por atracón y en asociación a dietas de muy bajo contenido calórico.

La pérdida de peso asociada a la sibutramina se acompaña de incrementos de las concentraciones de cHDL y reducción de las de triglicéridos, pero sin modificar las cifras de colesterol total (McNulty 2003, Sánchez 2004).

Como efectos secundarios, se han descrito un aumento de la tensión arterial, de la frecuencia cardíaca, y cefaleas.

Tratamiento farmacológico no específico

En este apartado se describen los posibles tratamientos farmacológicos que tienen que ver con las patologías que se asocian a la obesidad.

En este sentido, podemos hablar de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, para tratar el síndrome del comedor compulsivo, por sus efectos sobre el receptor de serotonina 1A, que trata de regularizar los ritmos circadianos.

En el caso de los cuadros depresivos comórbidos con la obesidad, estarían contraindicados los antidepresivos tricíclicos, de los cuales imipramina y amitriptilina han sido asociados con un incremento de peso significativo (Sussman, 2001). Sin embargo, con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, se ha registrado un menor incremento de peso con la sertralina, seguida de fluoxetina (Fava, 2000). La reducción de peso con fluoxetina se suele conseguir alrededor de la 20

semana de tratamiento, y se atribuye al incremento del impulso vital y a la disminución de la apetencia por los hidratos de carbono, así como a la mejoría de ánimo y al efecto ansiolítico, lo que condiciona el mejor apego a los planes de alimentación y un posible incremento de la actividad física (Goldstein, 1994).

Existen estudios que muestran una mejora en las conductas alimentarias, y lo relacionan con el uso de tratamiento, con fármacos, del tipo de ziprasidona o lorazepam, junto con terapia comportamental. Los antiepilépticos, como el topiramato y la zonisamida, también han mostrado una mejora en pacientes con obesidad, al regular el control de impulsos que pueden tener que ver con la ingesta.

Tratamiento quirúrgico

Disponemos de evidencias de que la cirugía bariátrica es un tratamiento eficaz a largo plazo, respecto a otras medidas convencionales, en el tratamiento de la obesidad mórbida, con reducciones significativas de las comorbilidades asociadas a la obesidad. Existe unanimidad en que las indicaciones deben quedar limitadas a personas con IMC mayor de 40 kg/m², o mayor de 35 kg/m² en presencia de comorbilidades mayores, pero es preciso que el paciente reúna ciertos requisitos de estabilidad psicológica y acepte compromisos para el seguimiento a fin de garantizar un éxito a largo plazo (Morales, 2011).

No cabe duda de que este tratamiento, tremendamente complejo y no exento de riesgos, debe comportar la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario, así como el establecimiento de los requisitos mínimos acerca de la idoneidad de los equipos e instalaciones quirúrgicas que garanticen, dentro de lo posible, una baja tasa de morbilidad (< 10%) y de mortalidad (< 1%) anuales.

Estas consideraciones se han plasmado ampliamente en un documento de consenso publicado por la SEEDO y Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO).

Técnicas Quirúrgicas

En un documento de consenso, elaborado por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO), se trata de establecer las grandes directrices quirúrgicas y definir los requisitos que debe tener la técnica

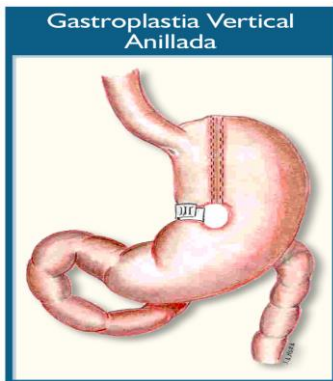
bariátrica ideal: segura, útil al menos al 75%, duradera, reproducible, con escasas secuelas y, al menos, con reversibilidad fisiológica. Es decir, esta técnica ideal, que desde luego no existe, no exigiría ningún tipo de colaboración por parte del paciente. Sin embargo, es sabido que el éxito depende en gran medida de su colaboración: dieta adecuada, ejercicio, toma de suplementos vitamínicos o seguimientos periódicos son condiciones imprescindibles para la cirugía actual. El abordaje de elección es la laparoscopia, pues ha demostrado menor incidencia de complicaciones, menor estancia hospitalaria, y una recuperación más rápida, respecto a la cirugía abierta, con resultados similares en cuanto a pérdida de peso, calidad de vida, y resolución de comorbilidades.

El bypass gástrico en Y de Roux y la banda gástrica ajustable son los procedimientos más usados. La gastrectomía tubular (manga gástrica) es una técnica relativamente emergente (Colquitt JL, 2009). Las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad mórbida pueden agruparse en 3 categorías (SEECO, 2004):

- Técnicas quirúrgicas restrictivas
 - Gastroplastia vertical anillada
 - Banda gástrica ajustable
 - Gastroplastia tubular o manga gástrica
- Técnicas quirúrgicas malabsortivas
 - Derivación biliopancreática convencional o Técnica de Scopinaro
 - Derivación biliopancreática con switch duodenal
- Técnicas quirúrgicas mixtas.
 - Bypass gástrico o Derivación gastroyeyunal en Y de Roux
- Balón intragástrico.
- Marcapasos gástrico.

- Técnicas restrictivas

- Gastroplastia vertical anillada



Conserva la fisiología, pero se encuentra actualmente en desuso debido a la mala calidad de vida en un alto porcentaje de los pacientes y a que los resultados a largo plazo son modestos, pues más del 30% de los pacientes precisa reconversiones de la cirugía (Cortez, 2006).

Fuente: Dr. Antonio Martín Duce. Web de fotografías.

- Banda gástrica ajustable



La colocación de una banda gástrica mediante abordaje por vía laparoscópica permite reducir el número de complicaciones, respecto a la gastroplastia vertical anillada. Es una intervención poco agresiva, de fácil ejecución, con riesgo perioperatorio bajo y reversible. Su desventaja reside en la necesidad de realizar visitas frecuentes al especialista para el ajuste y evitar complicaciones derivadas del desplazamiento o la migración de la banda.

Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Banda_g%C3%A1strica_ajustable

- Gastroplastia tubular o manga gástrica



Esta técnica se desarrolló a partir de la decisión de practicar la derivación biliopancreática con *switch* duodenal en dos etapas para reducir la morbilidad en pacientes con obesidad extrema y riesgo elevado. Algunos pacientes lograron tan buenos resultados con el primer tiempo de la intervención, que decidieron no someterse a la segunda etapa. Entre las complicaciones están el sangrado del tubo digestivo alto, el dolor abdominal posprandial, la obstrucción y el vómito persistente (Frezza, 2007).

Fuente: <http://www.cirugiamangagastica.com>

- Técnicas malabsortivas.

Ofrecen buena calidad de vida, con pérdidas importantes de peso a largo plazo, pero con un coste metabólico importante originado por importantes deficiencias nutricionales que hay que vigilar de cerca. Estas intervenciones tienen como finalidad disminuir la capacidad de absorción del intestino.

- Derivación biliopancreática convencional o Técnica de Scopinaro.



Consiste en la realización de una gastrectomía subtotal y una anastomosis gastrointestinal que permite un canal común de 50 centímetros. Consigue lograr una pérdida de peso significativa y se suele reservar a los casos de obesidad extrema (Colquitt, 2009). Los pacientes con hipertensión, diabetes y dislipidemia, logran un buen control tras la cirugía. Las principales complicaciones incluyen la malabsorción de nutrientes, la anemia ferropénica, la hipoproteinemia, la desmineralización ósea, la diarrea y la flatulencia excesiva con mal olor. La incidencia de úlceras anastomóticas ocurre en el 3% de los pacientes y se relaciona frecuentemente con el consumo de alcohol y tabaco (Ali, 2005).

Fuente: Dr. Antonio Martín Duce. Web de fotografías.

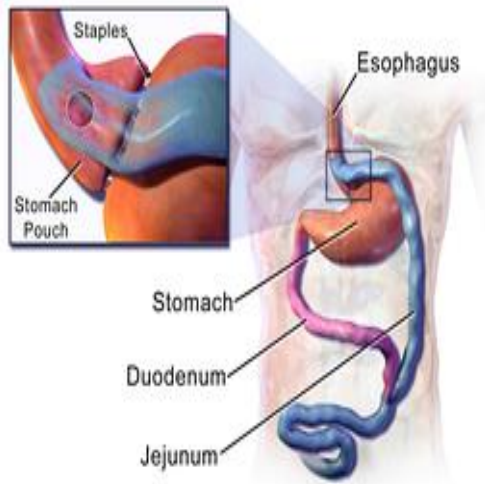
- Derivación biliopancreática con switch duodenal.

En un primer tiempo se realiza la gastrectomía tubular, preservando el píloro, seguida de la anastomosis yeyunoyeyunal distal a 50 centímetros de la válvula ileocecal (Aggarwal, 2007). Entre las ventajas se encuentran la reducción de frecuencias de úlceras, respecto a la intervención clásica (Steinbrook, 2004).

- Técnicas mixtas.

Combinan cierta restricción con disminución de la absorción.

- Bypass gástrico o Derivación gastroyeyunal en Y de Roux



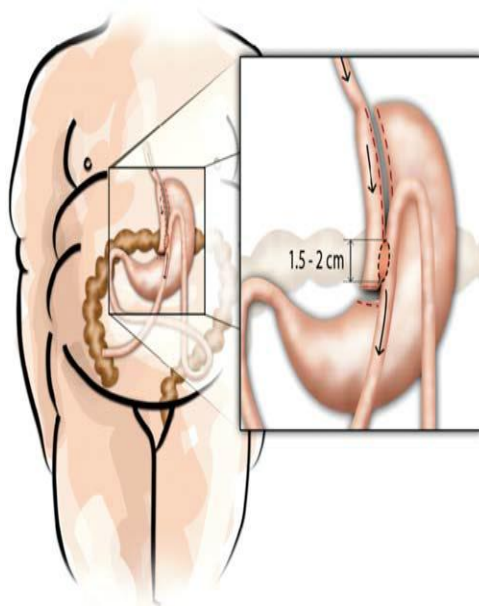
Roux-En-Y

Consigue pérdidas notables de peso que se mantienen a largo plazo. El acceso por vía laparoscópica, ha permitido incrementar la oferta de este tratamiento a personas con obesidad mórbida, con reducción de la estancia media (Fobi, 1993).

Comorbilidades como hipertensión, diabetes, apnea obstructiva del sueño, reflujo y asma se resuelven o mejoran en el 80-100% de los casos. Entre las complicaciones tempranas destacan la hemorragia y la disfagia, y entre las tardías, la estenosis gastroyetunal, la obstrucción intestinal y las hernias (Fobi 1993, Capella, 2002).

Fuente: https://en.wiki2.org/wiki/Gastric_bypass_surgery

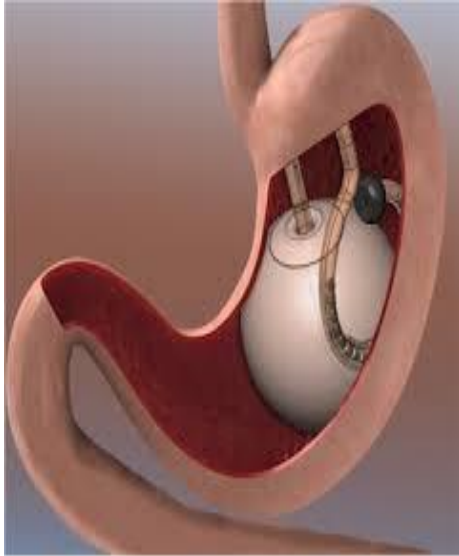
- Bypass gástrico de una sola anastomosis (BAGUA) o Técnica de Carbajo



Es la técnica que más se ha empleado en nuestros pacientes. Consiste en la construcción de un largo y estrecho reservorio gástrico de unos 13-15 centímetros de longitud y 25- 30 centímetros cúbicos de contenido, desde la unión gastroesofágica hasta el final de la curvatura menor gástrica a nivel del límite inferior de la «pata de ganso». Dicho reservorio es anastomosado en posición latero-lateral a un asa intestinal excluida al paso alimentario entre 200-350 centímetros distal al ángulo de Treitz y diseñada como «mecanismo antirreflujo». (Carbajo, 2005).

Fuente: <http://doctorcarbajo.com/obesidad-y-diabetes/cirugia-diabetes-obesidad-y-diabetes/>

- Balón intragástrico.



Esta modalidad terapéutica consiste en la colocación endoscópica de un balón relleno de suero salino o aire en la cavidad gástrica, con la finalidad de reducir sensiblemente la capacidad para la ingestión de alimentos; la ausencia de datos disponibles a largo plazo, una vez retirado el balón, y los posibles efectos secundarios y complicaciones descritas relegan esta técnica a casos excepcionales, de aplicación limitada en el tiempo, donde han fracasado medidas intensivas dietéticas y farmacológicas, y al mismo tiempo las opciones quirúrgicas pueden representar un riesgo no asumible por el paciente.

Fuente: www.comemascomemejor.blogspot.pt

- Marcapasos gástrico.



Consiste en la colocación de un electroestimulador en la curvatura menor gástrica, mediante acceso laparoscópico. Permite reducir la ingesta debido a una sensación de plenitud producida por un retraso en el vaciamiento gástrico y/o alteraciones de la motilidad intestinal. En la actualidad, ante la escasez de evidencias clínicas sobre su efectividad, este tratamiento debe enmarcarse en el ámbito de los ensayos clínicos controlados.

Fuente: <http://www.muyinteresante.es>

1.14 Postoperatorio

La cirugía bariátrica conlleva riesgo de morbilidad por complicaciones técnicas, nutricionales e incluso psiquiátricas.

Entre las complicaciones médicas se encuentran los vómitos, diarreas, síndrome de evacuación gástrica rápida (dumping) y las relacionadas con la malabsorción de proteínas y vitaminas. Por ello, el seguimiento de las pautas alimentarias y la suplementación diaria con complejos de vitaminas y minerales (en especial hierro, calcio y vitaminas B12 y D) deben formar parte de la educación nutricional que necesariamente deben recibir estos pacientes tras la cirugía, y del seguimiento analítico periódico para ajustar los tratamientos.

1.15 Protocolo de obesidad mórbida

El paciente es derivado al psiquiatra por el endocrino. Las consultas de psiquiatría constan de un mínimo de 4 entrevistas.

Primera entrevista: En esta consulta se realiza de forma ambulatoria una valoración psiquiátrica general, se entregan los test de apoyo, fundamentalmente para conducta alimentaria, estado psicopatológico y rasgos de personalidad.

Segunda entrevista: Se contrasta con el enfermo los resultados de los test de apoyo, a fin de evitar falsos diagnósticos dimensionales. Además, iniciamos, con el consentimiento del paciente, la primera entrevista con un familiar, con la intención de corroborar conducta alimentaria, estado mental y personalidad del enfermo, y su posible relación con la evolución ponderal.

Tercera entrevista: Se presta especial atención a la conducta paciente.

Cuarta o sucesivas: Para decidir si se permite, contraindica o retrasa la intervención. En caso de retraso de la intervención, seguiría en el proceso hasta control de la enfermedad, con evaluaciones periódicas de la misma.

En caso de ser el paciente **APTO** para Cirugía Bariátrica:

Se remite al paciente al Cirujano, en un mínimo de tres meses:

Se decide la opción técnica más adecuada a las características y se informa detalladamente para recabar la opinión del paciente.

Se cumplimentan todos los consentimientos informados existentes al respecto (ver Anexos).

Las revisiones en psiquiatría, tras la intervención, constan de:

Evaluaciones el primer y segundo año.

Posteriormente, una evaluación al año, y alta, si procede.

Siempre abierto a modificaciones en el seguimiento del paciente por motivos psicopatológicos.

Si la patología psiquiátrica necesita un seguimiento más continuado, se puede trabajar en equipo con otros profesionales en salud mental expertos en esta patología, con el fin de conseguir el mantenimiento de la pérdida ponderal a largo plazo, tener mejor calidad de vida y una mayor adherencia a los programas. Se pueden programar evaluaciones individuales y/o en grupo para el manejo de la conducta de paciente.

anestésicas.

Cirugía metabólica

En los últimos años se está viendo como la cirugía para reducir el peso corporal tiene beneficios en las enfermedades metabólicas, como la diabetes mellitus, incluso cuando el paciente tiene un IMC inferior a 35, lo cual, de inicio, lo excluiría como candidato a cirugía bariátrica. Estas ventajas nos hacen pensar en nuevos planteamientos terapéuticos en cuanto a la cirugía de reducción de peso (Cummings & Cohen, 2014).

La siguiente tabla resume los resultados de los estudios encontrados en Pubmed en cuanto a comparar los resultados de la cirugía bariátrica frente al tratamiento conservador. Los términos usados para la búsqueda fueron *bariatric surgery versus non surgical treatment*. Se obtuvieron ocho estudios, que demostraron la eficacia de la cirugía frente al tratamiento conservador.

Tabla 1.8. Revisión de estudios que comparan la cirugía bariátrica frente al tratamiento conservador.

Autor y Año	Tipo de Estudio	N	Parámetro estudiado	Conclusiones
Klem y col, 2000	Caso-control	134	Síntomas depresivos, atracones, ingesta excesiva, sedentarismo	Qx>C en ingesta de grasas y sedentarismo. Sin diferencias significativas en el resto de parámetros.
Picot y col, 2009	Revisión sistemática hasta 2008	-	Coste-efectividad	Qx> C en cuanto a considerarse un tratamiento clínicamente eficaz
Colquitt y col, 2009	Revisión sistemática (26 ensayos aleatorizados)	-	Pérdida de peso Calidad de vida Comorbilidad	Qx>C en todos los parámetros estudiados

	controlados y 3 estudios de cohortes prospectivos), hasta 2004			
Kim y col, 2009	Caso-control	108	Niveles plasmáticos de glucosa Resistencia a la insulina	Qx>C en todos los parámetros estudiados
Lakkis y col, 2012	Csso-control	30	Resultados de la terapia periodontal	Qx>C
Pournaras & Le Roux, 2013	Revisión de ensayos aleatorizados controlados	-	Glucemia Mortalidad Riesgo cardiovascular	Qx>C en cuanto a reducción de los niveles de glucemia tras el tratamiento
Cummings & Cohen, 2014	Revisión sistematica	-	Factores de riesgo cardiovascular Frecuencia de eventos cardiovasculares Comorbilidad Mortalidad	Qx>C en todos los parámetros estudiados
Colquitt y col, 2014	Revisión de enayos aleatorizados controlados, hasta 2013	-	Calidad de vida Diabetes Mellitus Pérdida de peso Mortalidad Presencia de efectos adversos	Qx>C en cuanto a lograr una mayor pérdida de peso y en mejora de comorbilidades. Sin diferencias significativas en el resto de parámetros estudiados

Qx: cirugía bariátrica; C: tratamiento conservador.

De la misma forma que el diagnóstico de la obesidad debe ser biopsicosocial, el tratamiento de esta enfermedad debe abordar los múltiples factores que contribuyen a su desarrollo, mediante un equipo multidisciplinar, que permita el tratamiento integral y adaptado a cada paciente (Ford, 2005).

De la misma forma que el diagnóstico de la obesidad debe ser biopsicosocial, el tratamiento de esta enfermedad debe abordar los múltiples factores que contribuyen a su desarrollo, mediante un equipo multidisciplinar, que permita el tratamiento integral y adaptado a cada paciente (Ford, 2005).

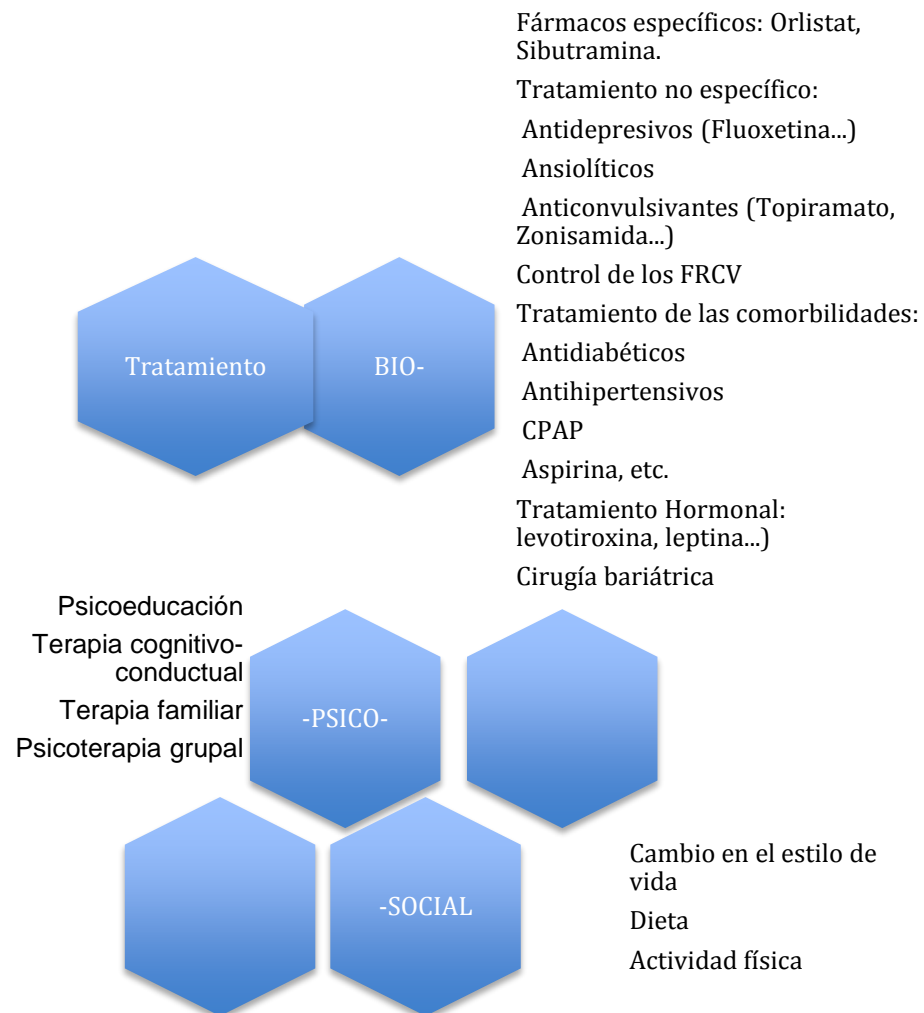


Figura 1.7. Tratamiento multidisciplinar de la obesidad.

1.16 Estudios de Satisfacción con el proceso asistencial de obesidad

La calidad de vida puede entenderse como el grado de satisfacción que el sujeto consigue en función de lo que necesita (Barreto et al, 2004).

Los pacientes que desean ser intervenidos de cirugía bariátrica presentan una menor satisfacción en sus vidas (Lang 2000, Fontaine 2000).

La calidad de vida tras la cirugía bariátrica no sólo depende de la técnica quirúrgica, sino también de la atención recibida, con estudios que demuestran una relación demostrada entre la satisfacción del paciente y la atención de las pautas terapéuticas (Rodríguez-Marín & Neipp, 2008).

1.17 Prevención de la obesidad

A pesar de que ya existen programas de prevención de la obesidad, ésta continúa creciendo de manera exponencial. Por ello, parece necesario analizar los programas que han existido hasta la fecha. Estos, han estado centrados en la atención individual del paciente, y quizás por ello, el abordaje esté fracasando.

Teniendo en cuenta que la obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial, sería más crear estrategias de prevención que responsabilizaran no sólo al paciente con obesidad. En este sentido, se contemplan los equipos multidisciplinarios, para lograr un cambio en los diversos contextos asociados con esta enfermedad: social, cultural, sanitario, económico y político.

Sin embargo, cabe decir que crear nuevas políticas, dentro de la salud pública, supone coste económico, esfuerzo e implicación por parte de todos. Además, resulta necesario evaluar las estrategias que se vayan creando, con el fin de no terminar en fracaso.

Para el abordaje integral de la obesidad, la responsabilidad de este problema debe recaer no sólo en el sujeto que padece esta enfermedad, sino también a nivel sanitario, político y social.

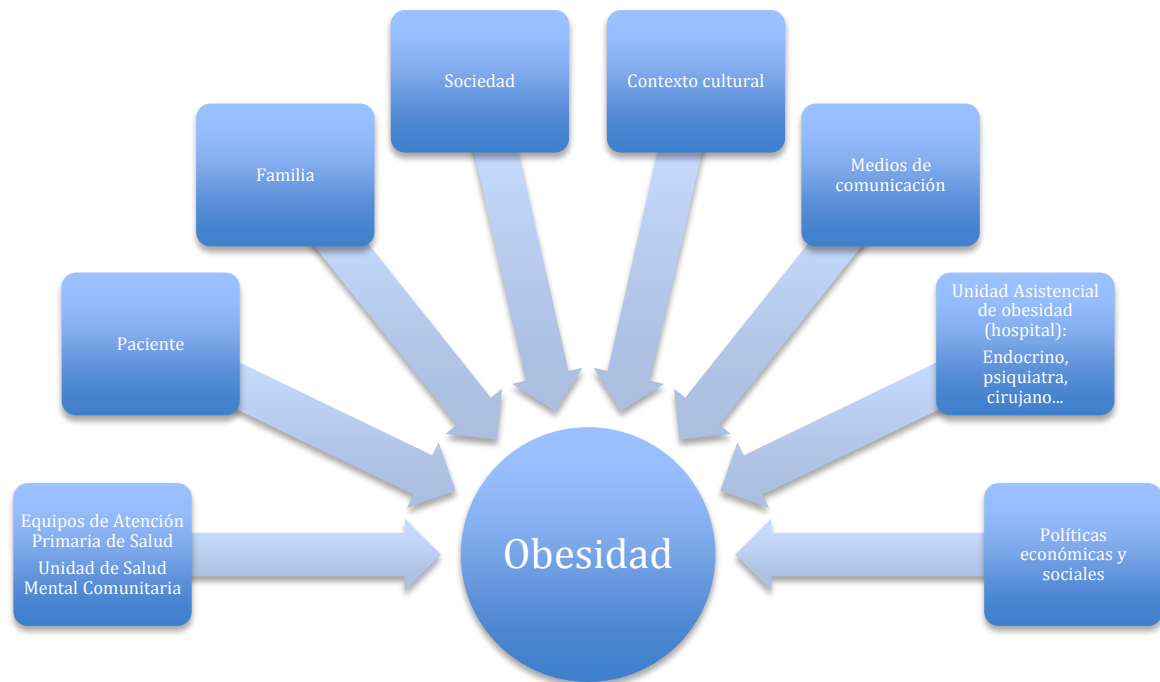


Figura 1.8. Responsabilidad ante el problema de obesidad

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

Una vez revisada la bibliografía, se partió de los siguientes **objetivos**:

Describir las características sociodemográficas y clínicas de un grupo de pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. Analizar en esta población los cambios clínicos tras la cirugía.

Comparar el perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes que se operaron mediante cirugía bariátrica, frente a los que no se operaron.

Comparar el perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes que siguieron adheridos al programa, frente a aquéllos que lo abandonaron tras la cirugía.

Valorar la satisfacción del enfermo en cuanto al programa de obesidad y al proceso asistencial.

Para ello se partió de las siguientes **hipótesis de trabajo**:

Los pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica, presentarían altas tasas de comorbilidad física y psíquica, que favorecerían la solicitud de ser valorados en el proceso. La cirugía mejoraría la calidad de vida

Los pacientes que se operan podrían presentar un perfil clínico diferente, respecto a los que no se operan.

Los pacientes que abandonan el proceso asistencial, presentarían un perfil clínico diferente, en el seguimiento postoperatorio, respecto a los que continúan el proceso.

La satisfacción del enfermo, tras la intervención quirúrgica, debería ser la norma, ya que la cirugía es el tratamiento de elección en estos pacientes.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Sujetos de estudio

Se analizaron doscientos sesenta y dos pacientes, 187 mujeres y 75 varones, de edades comprendidas entre 18 y 67 años, con obesidad mórbida, candidatos a cirugía bariátrica, dentro de un proceso asistencial del área de salud de Badajoz, entre los años 2005 y 2014. Doscientos cincuenta y seis pacientes (98%) obtuvieron el apto por psiquiatría para ser intervenidos quirúrgicamente.

La siguiente figura muestra el seguimiento realizado a los pacientes del estudio.

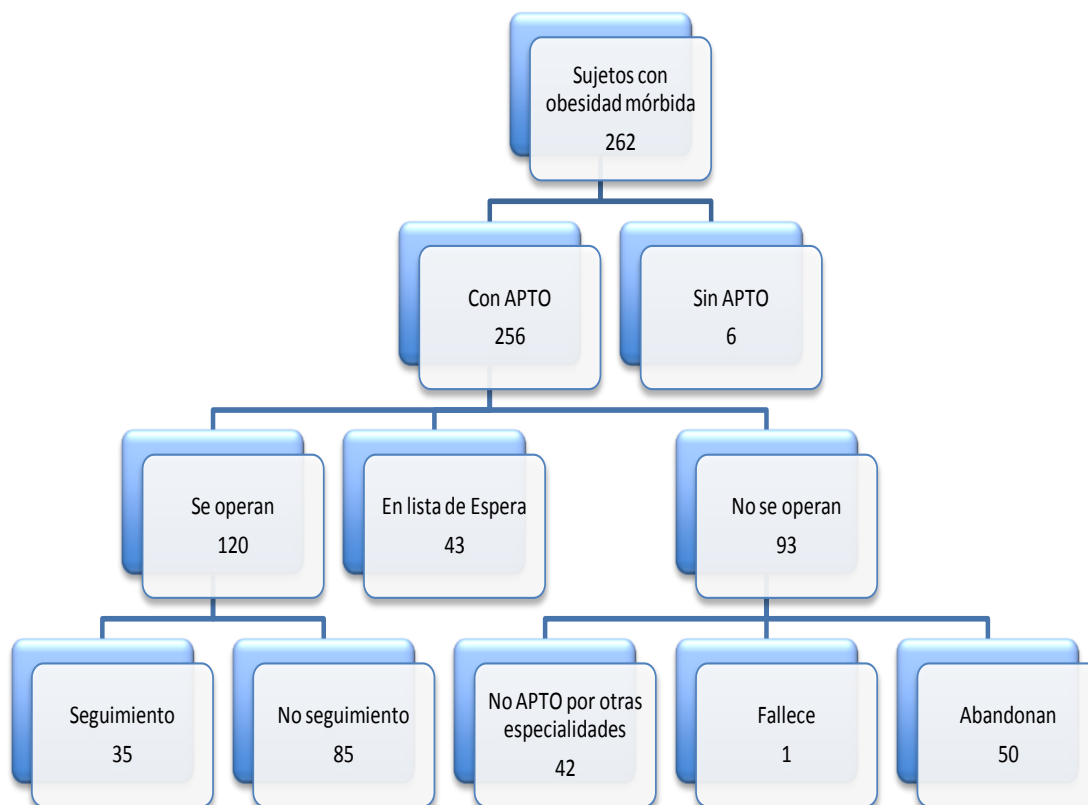


Figura 3.1. Seguimiento de los pacientes.

De los pacientes con apto por psiquiatría, el 47% se intervino quirúrgicamente, el 17% estaba en lista de espera, y el 36% no se intervino.

De los pacientes intervenidos quirúrgicamente, el 29% continuaron en seguimiento en consultas de psiquiatría después de la intervención.

De los pacientes no intervenidos quirúrgicamente, el 45% no obtuvo el apto por los otros especialistas que intervinieron en el proceso de obesidad mórbida, un sujeto falleció por septicemia antes de la cirugía, y un 54% decidió no intervenirse.

Seis pacientes no obtuvieron el apto en la consulta de psiquiatría: dos de ellos fueron excluidos por alcanzar un Índice de Masa Corporal inferior a 35; un sujeto fue excluido del proceso por inestabilidad emocional, siendo propuesto para tratamiento endoscópico con balón intragástrico; dos pacientes

abandonaron las consultas antes de obtener el apto por psiquiatría; un paciente fue derivado a la Unidad de Trastornos Alimentarios, excluyéndose del proceso de obesidad por Trastorno de Personalidad Mixto Grave, Trastorno Depresivo Recurrente y Trastorno por Atracón.

3.2. Autorización del estudio y consentimiento informado

El proyecto fue aprobado por el Vicerrectorado de Investigación, tras ser aceptado por el Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura. Se solicitó el consentimiento informado de los pacientes. Todos dieron su asentimiento de forma voluntaria, sabiendo que podían retirarlo en cualquier momento. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad.

3.3. Diseño de investigación

El presente es un estudio de investigación que consta de tres partes:

Un análisis transversal, en el que se describieron las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica.

Un análisis prospectivo, para conocer la situación actual de los pacientes y el grado de satisfacción con el proceso asistencial.

Un análisis retrospectivo, para encontrar los factores asociados a los cambios tras la intervención quirúrgica y el proceso asistencial.

3.4. Instrumentos de evaluación

Los datos fueron recogidos mediante una entrevista estructurada, que formaba parte del protocolo de obesidad mórbida. Fueron incluidas diferentes medidas, entre ellas:

Datos de identificación

Entrevista clínica

Medida sobre las alteraciones de la conducta alimentaria

Variables psicológicas:

Medida de la personalidad

Medida del malestar psicológico

Medida de la calidad de vida

Parámetros antropométricos

Medida de la satisfacción con el proceso asistencial

3.5. Datos de identificación

Entre los datos de identificación se recogió información sociodemográfica como el nombre, un contacto telefónico, la edad, el sexo, el estado civil, datos sobre la relación de pareja, la constitución del núcleo familiar, el nivel de estudios, la situación laboral...

3.6. Entrevista clínica

La entrevista clínica recogió información sobre cuatro aspectos fundamentales: por un lado, aquéllos que tenían que ver con la presencia de enfermedades médicas, con especial énfasis en aquéllas que mostraban comorbilidad con la obesidad, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, patología osteomuscular, enfermedad cardiovascular, síndrome de apnea obstructiva del sueño, hipotiroidismo, patología vascular y miscelánea; se preguntaron los antecedentes psiquiátricos, así como de consumo de sustancias; se recogieron los datos que conformaban la historia de obesidad del paciente, y que hacían referencia a la edad de inicio de la misma, los posibles factores predisponentes y desencadenantes (traslados, enfermedades, tratamientos farmacológicos, pérdidas afectivas...), los antecedentes de obesidad en la familia, y las conductas alimentarias (atrachón, ingesta excesiva, picoteo, ingesta nocturna...), así como si había recibido algún tipo de tratamiento previamente, ya fuera conservador (dieta, ejercicio, fármacos...), o quirúrgico. Por último, se les interrogó acerca de cuáles eran las expectativas que tenían frente a la cirugía.

Éste es el resumen de las variables que se recogieron en la anamnesis inicial:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil (soltero, casado, separado o divorciado, viudo/a).
- Núcleo familiar (se valoraba en número de personas y parentesco familiar).
- Existencia de pérdidas afectivas (fallecimientos, hijos fuera de casa,...).
- Relación de pareja.
- Nivel de estudios (primarios, medios, superiores).
- Situación laboral.
- Antecedentes personales psiquiátricos.
- Antecedentes personales médicos.
- Antecedentes familiares.
- Edad de inicio de la obesidad.
- Motivo de la cirugía (por malestar/riesgo físico, psíquico o ambos).
- Día de la primera valoración psiquiátrica.
- Diagnóstico psiquiátrico.
- Tratamiento (psicológico, farmacológico, hábitos alimentarios, ejercicio, cirugía previa...).

3.7. Historia del peso

Los pacientes describieron cómo habían sido los cambios en su peso desde la infancia, teniendo especial interés en el inicio de la enfermedad, la existencia de factores estresantes y pérdidas afectivas relacionados con el peso, el peso más bajo y el más alto que habían tenido, y el peso en el momento de la exploración. Cuando nos referimos a las pérdidas afectivas consideramos las situaciones por las que muchos obesos podrían pasar y que tendrían una gran importancia en los incrementos ponderales a lo largo de su vida (traslados de domicilio habitual, emancipación de los hijos, fallecimientos de familiares de primer y/o segundo grado...). También se preguntó al paciente el número de veces que había realizado tratamiento para perder peso, así como los métodos que había utilizado (dieta, ejercicio, medicación, cirugía, tratamiento psicológico...).

La cantidad de pérdida de peso en relación al método utilizado también fue considerada de interés, así como qué factores habrían dificultado la pérdida de peso en cada método. En este sentido se podría conocer la actitud y el manejo del enfermo en cuanto a su problema de peso.

3.8. Hábitos alimentarios

Los enfermos debían saber describir el patrón de alimentación que realizaban diariamente, incluyendo frecuencia y composición (tipo de comida y cantidad), así como posibles desencadenantes de periodos de sobreingesta alimentaria. Sería una ayuda que el enfermo realizara una lista de los alimentos consumidos en el día anterior.

Síntomas de trastornos alimentarios: los pacientes con obesidad mórbida a menudo presentaron síntomas asociados con trastornos alimentarios como atracones, restricción alimentaria, desinhibición con los alimentos, (solo con alimentos o en el contexto de consumo de sustancias psicoactivas), vómitos, abuso de laxantes y ayuno.

Fue frecuente que los enfermos con obesidad mórbida presentaran comportamientos alimentarios anómalos que influían en su evolución:

- *Snacking*: comer poco a poco.
- *Nibbling*: picoteo continuo.
- *Grazing*: comer hasta sentirse hinchado.
- *Bloating*: elección del alimento casi siempre de alto contenido calórico.
- *Sweeting*: ingesta de dulces y bebidas azucaradas.

Si existieran estos síntomas se debería retrasar el tratamiento quirúrgico hasta un estudio y tratamiento más exhaustivo del enfermo.

3.9. Actividad física

Los datos más importantes relacionados con el ejercicio físico serían los que tuvieran relación con la actividad física cotidiana (caminar, subir o bajar escaleras, ir a la compra,...), sin menospreciar la actividad física programada (gimnasia, tenis, correr,...).

3.10. Expectativas del enfermo ante el tratamiento

Algunos pacientes querrían ser intervenidos en base a motivaciones erróneas, como salvar el fracaso de un matrimonio, intentar perder una cantidad de peso irreal, experimentar cambios drásticos en su vida con la pérdida de peso, o ser pasivo ante el tratamiento.

Otros enfermos, se considerarían fracasados para conseguir una adecuada pérdida de peso. Este tipo de actitudes y expectativas del enfermo deberían ser aclaradas antes de iniciar el tratamiento.

3.11. Antecedentes psiquiátricos

Se averiguó si el enfermo tenía historia psiquiátrica previa, así como cuál era el estado mental del mismo. Los antecedentes familiares psiquiátricos fueron de interés. Ciertos diagnósticos psiquiátricos podrían ser una contraindicación para el tratamiento quirúrgico, como los trastornos psicóticos, la

dependencia de drogas, cuadros ansiosos y/o depresivos graves, trastornos de la personalidad (impulsivos), retraso mental y demencias.

Un trastorno mental, se consideraría contraindicación a la cirugía, según la gravedad y la respuesta al tratamiento del mismo, no hablándose de tipo de trastorno categóricamente.

3.12. Historia social

Una pequeña historia del ámbito social donde vive el enfermo podría ayudar a completar la entrevista, con especial interés en la situación de pareja y su satisfacción con la misma, comportamiento sexual, ocupación y actividades de tiempo libre, historia de abuso (físico y/o psíquico) y acontecimientos vitales. Por ejemplo, sería importante resolver ciertas dificultades (como problemas de pareja) antes de iniciar el tratamiento.

3.13. Medida sobre las alteraciones de la conducta alimentaria

Las alteraciones de la conducta alimentaria fueron evaluadas con el **Eating Disorder Inventory, versión 2 (EDI-2)** (Garner, 1991).

El **EDI- 2** es un cuestionario autoadministrado, de 91 items, cada uno de los cuales se responde en una escala tipo Likert de seis alternativas de respuesta. Está diseñado para valorar diversos aspectos relacionados con la conducta alimentaria, el peso, la silueta corporal y otros factores psicológicos en los pacientes con trastornos alimentarios (Van Strien & Ouwers, 2003). Aún cuando no permite establecer un diagnóstico de ninguno de los problemas anteriores, sí que posibilita la evaluación de las conductas de riesgo en las que pueden implicarse los pacientes. Ha sido validado en España por Corral et al., (1998) y esta adaptación es la que habitualmente se utiliza en los contextos clínicos y de investigación. Ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria:

- Tres que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal);
- Cinco más generales referidas a constructos organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva y Miedo a la madurez);
- Tres adicionales (Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social), que no se encontraban en la versión original, de Garner et al., (1983).

A continuación, se describen brevemente sus escalas:

- Obsesión por la delgadez: los reactivos de esta subescala reflejan tanto un ferviente deseo de perder peso como el temor a ganarlo. En población general española, las puntuaciones medias se encuentran en 4,7+-5,4.
- Bulimia: evalúa la tendencia a presentar episodios de sobreingesta compulsiva que pueden ser seguidos del deseo o del impulso a inducirse el vómito. En población general española, las puntuaciones medias se encuentran en 2,1+-2,8.

- Insatisfacción corporal: valora el grado de disconformidad de la persona con su propio cuerpo y refleja la creencia de qué partes son demasiado grandes. En población general española, las puntuaciones medias se encuentran en 6,7+-6,8.
- Ineficacia: hace referencia a sentimientos de incapacidad general, de inseguridad, de vacío y de falta de control sobre la propia vida. Esta característica se ha descrito como alteración fundamental en todos los trastornos de conducta alimentaria (Strober, 1980). En población general española, las puntuaciones medias se encuentran en 3,7+-4,2.
- Perfeccionismo: evalúa en qué grado el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal basados en la excelencia. En población general española, las puntuaciones medias se encuentran en 4,7+-3,6.
- Desconfianza interpersonal: refleja un sentimiento de alienación y de desinterés por establecer relaciones interpersonales, así como dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. En población general española, las puntuaciones medias se encuentran en 3,9+-3,4.
- Conciencia interoceptiva: refleja la falta de confianza y la inseguridad para reconocer e identificar con precisión estados emocionales y sensaciones de hambre y saciedad. En población general española, las puntuaciones medias se encuentran en 5+-4,5.
- Miedo a la madurez: evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia, lo que concuerda con lo propuesto por Crisp (1980). En población general española, las puntuaciones medias se encuentran en 7,9+- 4,6.
- Ascetismo: o tendencia a buscar la virtud a través de la espiritualidad, la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación, y el control de las necesidades corporales. En población general española, las puntuaciones medias se encuentran en 4,6+-3,3.
- Impulsividad: dificultad para regular los impulsos y tendencia a reaccionar con hostilidad, agitación, tendencia a la autodestrucción, al consumo de sustancia y a la inestabilidad en las relaciones interpersonales. En población general española, las puntuaciones medias se encuentran en 6,4+-5,2.
- Inseguridad Social: evalúa la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y de escasa calidad. En población general española, las puntuaciones medias se encuentran en 3,9+-3,8.

Los elementos redactados en forma positiva puntúan de la siguiente forma:

Siempre=3;

Casi siempre=2;

A menudo=1;

A veces=0;

Pocas veces=0;

Nunca=0.

En los elementos redactados en sentido negativo las puntuaciones se invierten. Respecto a la interpretación, cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo evaluado. Las puntuaciones de las escalas del EDI-2

se interpretan con ayuda de las tablas de baremos obtenidos con poblaciones clínicas y de los grupos de control.

3.14. Variables psicológicas.

Añadidos a la entrevista clínica, sirven de ayuda en el estudio de estos enfermos algunos test psicológicos como los que a continuación se describen, que fueron utilizados en la presente tesis; así como estudios más específicos de las relaciones de pareja o de la calidad de vida.

De todos los cuestionarios los que evalúan conducta alimentaria, psicopatología y personalidad son los de mayor ayuda para los clínicos que valoran a estos enfermos. Nunca se debe cometer el error de que los resultados de los test psicológicos sustituyan a los datos obtenidos en la entrevista clínica. Solo servirían de apoyo a los datos obtenidos primariamente.

3.14. Medidas sobre el malestar psicológico

El **Inventario de Síntomas SCL-90-R (Symptoms Checklist-90 Revised)**, es una escala autoaplicada, creada por Derogatis en 1975 y revisada por el mismo autor en 1994. Este instrumento es de reconocida utilidad para evaluar patrones de síntomas presentes en los individuos (Sánchez & Ledesma, 2009) y es ampliamente empleado como prueba de screening y en investigación. Permite discriminar a pacientes de controles sanos (Holi, 2003) y puede ser aplicado en la población normal y sobre pacientes en tratamiento, aunque las puntuaciones medias son superiores en este último grupo (Carrasco et al., 2003). También es útil para la valoración de cambios producidos por el tratamiento psicológico (Holi 2003).

Consta de 90 ítems, que valoran el grado de malestar psicológico que experimenta una persona durante el período de tiempo que va desde el momento de la evaluación a la semana anterior. Derogatis & Cleary (1977), aislaron nueve dimensiones, que son las escalas que actualmente constituyen el cuestionario (Derogatis & Savitz, 2000). Son las siguientes:

- Somatizaciones: evalúa la presencia de malestar que la persona percibe en relación con diferentes manifestaciones corporales y con dolores físicos.
- Obsesiones y compulsiones: que incluye síntomas que se identifican con los del trastorno obsesivo-compulsivo.
- Ansiedad: que valora la presencia de signos generales de ansiedad como el nerviosismo, la tensión, las crisis de pánico y los miedos.
- Depresión: sus ítems representan las principales manifestaciones de un trastorno depresivo: estado de ánimo bajo, sentimientos de desesperanza, tristeza e ideación suicida.
- Sensitividad interpersonal: se focaliza en los sentimientos de inferioridad, especialmente, cuando la persona se compara con sus semejantes.
- Hostilidad: esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de emociones negativas de enfado e irritabilidad.
- Ansiedad fóbica: alude a una respuesta de miedo ante estímulos muy específicos que es irracional y desproporcionada, y que se acompaña de conductas de evitación o de escape.

- Ideación paranoide: evalúa comportamientos paranoides, fundamentalmente, pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía, delirios...
- Psicoticismo: Incluye desde una leve alienación interpersonal a la evidencia más certera de la psicosis: personalidad esquizoide, delirios de control e inserción del pensamiento y/o alucinaciones.

Además, la prueba consta de siete ítems adicionales que, aunque no puntúan para ninguna dimensión en particular, sí lo hacen para los índices generales (son tres, pero sólo se describirá el que se ha tenido en cuenta en este estudio).

El Índice de Severidad General (GSI), que es la media aritmética de los 90 ítems, es un indicador del nivel actual de la severidad del malestar general percibido. Proporciona, en un único número, el grado de patología de una persona.

El SCL-90-R cuenta con gran evidencia a favor de la fiabilidad de sus escalas (Holi, 2003; Caparrós et al, 2007), y de su validez (Gempp & Avendaño, 2008).

3.16. Medidas sobre la personalidad

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV, SCID-II (First et al, 1999): es una entrevista diagnóstica semiestructurada, que permite evaluar los diez trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV (evitación, dependencia, obsesivo-compulsivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite y antisocial), dos categorías incluidas en el Apéndice B del DSM-IV (trastorno depresivo de la personalidad y trastorno pasivo agresivo de la personalidad) y el trastorno de personalidad no especificado (existencia de un deterioro funcional significativo, pero no se cumplen los criterios completos de ningún trastorno de personalidad específico).

La SCID-II incluye tres columnas:

- la de la **izquierda** recoge las preguntas
- la del **centro** enumera los criterios diagnósticos del DSM-IV
- la **derecha** se puntúa el ítem (¿: información inadecuada; 1: ausencia de síntoma; 2: el criterio casi se alcanza, pero no plenamente; 3: se cumple el criterio).

Para calificar con 3 se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Patrón persistente de experiencia interna y comportamiento que se aparta acusadamente de las de las expectativas de la cultura a la que pertenece el sujeto.
- Este patrón es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes.
- El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta a la adolescencia o inicio de la edad adulta
- El patrón persistente no es atribuible a otro trastorno mental.

- El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de sustancias o enfermedades médicas. Aparte de la entrevista se incluye un cuestionario de personalidad autocumplimentado que sirve de instrumento de cribado con lo que, si se desea, en la entrevista solamente se indaga en aquellos ítem contestados afirmativamente, lo que agiliza el proceso de evaluación. Los estudios de fiabilidad y validez realizados muestran gran variabilidad de datos, pero en su mayoría arrojan índices aceptables.

3.17. Medidas sobre la calidad de vida

El **Cuestionario abreviado de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud (World Health Organization Quality of Life Questionnaire, WHOQOL-BREF, Group, 1993)**: Existen validadas al español las dos versiones del WHOQOL: WHOQOL – 100, y su forma abreviada, WHOQOL- BREF.

El WHOQOL-100 está compuesto por 100 preguntas o ítems que evalúan la calidad de vida global y la salud general. Consta de seis áreas y de 24 facetas:

- salud física
- psicológica
- niveles de independencia
- relaciones sociales
- ambiente y espiritualidad
- religión
- creencias personales

Cada faceta está representada por 4 preguntas.

El WHOQOL- BREF contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. El WHOQOL- BREF se muestra tal como fue utilizado en el trabajo de campo.

El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas. El cuestionario debe ser autoadministrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistado.

Cuanto mayor sea la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada. No existen puntos de corte propuestos.

3.18. Parámetros antropométricos

Con el fin de registrar la evolución ponderal durante el proceso de asistencial, y de conocer la asociación con el cambio en las variables clínicas durante el proceso, se tomaron como medidas antropométricas, el peso y el índice de Masa Corporal (IMC), al inicio y al final del proceso. La fórmula del IMC consiste en dividir el peso (Kg) entre la altura (cm²).

3.19. Medidas sobre la satisfacción

La calidad de vida que la cirugía bariátrica aporta a los pacientes con obesidad mórbida, no solo dependen de la técnica quirúrgica, sino también de la satisfacción del paciente con la atención y observación recibida durante el proceso (Rodríguez Marín y Neipp, 2008).

No se conoce mucho sobre la valoración que el paciente realiza sobre la cirugía bariátrica y sus resultados (Bowers et al, 1994; Jun et al, 1998; Choi et al, 1999; Mira & Arnaz, 2000; Albaina et al, 2001; Berrocal & Valero, 2002; Carbajal et al, 2008; Rodríguez-Marín, 2010).

Encuesta telefónica de satisfacción (ad hoc).

¿Se le informó adecuadamente sobre la cirugía?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Fue fácil el acceso a la consulta de psiquiatría de la obesidad?:

- ☐ Sí
- ☐ No

Indique el tiempo de demora entre el momento de derivación a la consulta de psiquiatría hasta que ésta tiene lugar:

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ De 6 a 12 meses
- ☐ Más de 12 meses

¿Considera que fue suficiente el tiempo empleado en la consulta de psiquiatría?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Quién lo derivó a las consultas de psiquiatría de la obesidad?:

- ☐ Cirujano
- ☐ Endocrino
- ☐ Otro (especificar):

¿Cuánta demora hubo antes de ser intervenido?:

¿Estuvo la familia de acuerdo con la intervención?:

- ☐ Sí
- ☐ No

Valore la consulta de psiquiatría de 0 a 5 (siendo 0 la peor puntuación y 5 la mejor):

Valore la coordinación entre los especialistas de la unidad de cirugía bariátrica de 0 a 5 (siendo 0 la peor puntuación y 5 la mejor):

Tras la información y explicaciones del psiquiatra, ¿comprendió mejor su problema de obesidad? Valore de 0 a 5 (siendo 0 la peor puntuación y 5 la mejor):

Tras la información y explicaciones del psiquiatra, ¿se sintió capaz de hacer frente a su problema de obesidad? Valore de 0 a 5 (siendo 0 la peor puntuación y 5 la mejor):

¿Quién le informó sobre el procedimiento quirúrgico?:

- ☐ Cirujano
- ☐ Endocrino
- ☐ Psiquiatra
- ☐ Todos

¿Comprendía el procedimiento quirúrgico y los riesgos de la misma?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Fue informado de los cambios de conducta que podría tener tras la intervención quirúrgica?:

- ☐ Sí
- ☐ No

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Qué esperaba de la intervención quirúrgica?:

- ☐ Mejoría física
- ☐ Mejoría psíquica
- ☐ Mejoría física y psíquica

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Se han cumplido sus expectativas tras la intervención ?:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ ¿Por qué?

Valore el miedo a (de 0 a 5, siendo 0 la puntuación más baja y 5 la más alta):

- ☐ Intervención quirúrgica
- ☐ Riesgo de la anestesia
- ☐ Consecuencias de la intervención quirúrgica
- ☐ Otros (especificar):

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Ha tenido alguna complicación tras la intervención quirúrgica?:

- ☐ Sí (especificar):
- ☐ No

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Cómo catalogaría los cuidados del personal de enfermería en los siguientes espacios (del 0 al 5, siendo 0 la peor puntuación y 5 la mejor?):

- ☐ Radiología
- ☐ Unidad de Cuidados Intensivos
- ☐ Recuperación
- ☐ Planta de cirugía

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Se ha respetado su intimidad y confidencialidad en todo el proceso asistencial?:

- ☐ Sí
- ☐ No

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Se ha respetado su libertad de decidir en todo el proceso?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Por qué no volvió a la consulta de psiquiatría?:

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) Indique el nivel de satisfacción con la imagen corporal tras la cirugía, de 0 a 5 (siendo 0 el nivel más bajo y 5 el más alto):

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) . Indique si presenta deformación o flacidez en las siguientes zonas:

Región torácica:

- ☐ Sí
- ☐ No

Región interna de los brazos:

- ☐ Sí
- ☐ No

Región interna de las piernas:

- ☐ Sí
- ☐ No

Abdomen

- ☐ Sí
- ☐ No

Mamas

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso de respuesta afirmativa, ¿le gustaría realizarse cirugía reparadora de esa zona?:

- ☐ Sí
- ☐ No

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Ha mantenido la reducción de peso tras la intervención quirúrgica?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Han disminuido los trastornos de alimentación tras la intervención/consulta?:

Picoteo

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No padecía antes de la intervención

Ingesta nocturna

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No padecía antes de la intervención

Atracones

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No padecía antes de la intervención

Ingesta en mayor cantidad de lo normal

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No padecía antes de la intervención

¿Ha cambiado su estado de ánimo tras la intervención/consulta?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Ha mejorado su relación social tras la intervención/consulta?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Ha cambiado su estado de ansiedad tras la intervención/consulta?:

- ☐ Me encuentro con más ansiedad
- ☐ Me encuentro con menos ansiedad
- ☐ Me encuentro con igual nivel de ansiedad

¿Ha habido cambios en su estado físico tras la intervención/consulta?:

- ☐ Sí (especificar):
- ☐ No

¿Ha habido reducción en la dosis de medicación o cambios en el tratamiento?:

- ☐ Sí (especificar):
- ☐ No

¿En la actualidad cumple las órdenes dietéticas pautadas por el especialista?:

- ☐ Sí
- ☐ No (indicar por qué):

¿En la actualidad realiza ejercicio físico?:

- ☐ Sí (especificar frecuencia):
- ☐ No

Respecto a las adicciones en el momento actual, indique la presencia o ausencia en su caso:

Alcohol

- ☐ Sí
- ☐ No

Tabaco

- ☐ Sí
- ☐ No

Otras adicciones (especificar):

¿Ha cambiado su situación laboral tras la intervención/consulta?:

- ☐ Se mantiene igual
- ☐ Ha mejorado
- ☐ Ha empeorado

¿Ha cambiado su situación económica tras la intervención/consulta?

- ☐ Se mantiene igual
- ☐ Ha mejorado
- ☐ Ha empeorado

¿Ha cambiado el apetito sexual tras la intervención/consulta?:

- ☐ Se mantiene igual
- ☐ Ha aumentado
- ☐ Ha disminuido

¿Ha consultado a otro médico distinto a los que le han atendido antes de la intervención/consulta?:

- ☐ Sí (especificar):
- ☐ No

¿Ha tenido pensamientos de muerte tras la intervención/consulta?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Considera que ha mejorado su calidad de vida tras la intervención/consulta?:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Por qué:

Refleje el grado de satisfacción global con el proceso asistencial de la obesidad, de 0 a 5
(siendo 0 el menor grado de satisfacción y 5 el mayor):

¿Recomendaría pasar por la unidad de obesidad hospitalaria a un amigo?:

- ☐ Sí
- ☐ No

Gracias por su ayuda.

3.20. Criterios de inclusión y exclusión

Los **criterios de inclusión** en el estudio fueron:

Encontrarse dentro del proceso asistencial de obesidad.

Haber completado todos los registros clínicos antes de la cirugía (historia clínica y test de apoyo).

Haberse podido contactar, de manera presencial o telefónica, tras la cirugía.

Los **criterios de exclusión** en el estudio fueron:

- No haber completado los registros clínicos.
- No haber podido contactar con el paciente tras la cirugía.
- Negarse a ser incluidos en el estudio.

Manejo del comportamiento del individuo.

Se deben monitorizar los hábitos alimentarios y el ejercicio físico diario durante la fase de valoración clínica como ayuda para completar el estudio del paciente. De la misma forma, cómo el enfermo ha aceptado la valoración de su estado psicológico, asistencias y motivación. Este último parece ser uno de los mejores predictores de respuesta a la cirugía, de ahí su vital importancia en la evaluación.

3.21. Informe de valoración psiquiátrica.

Evalúamos la salud mental de D/DÑA paciente candidato/a a cirugía bariátrica.

El protocolo ha consistido en valoraciones clínicas y un protocolo que analiza los siguientes aspectos:

- perfil sociodemográfico
- núcleo familiar
- relaciones de pareja
- pérdidas afectivas
- nivel de estudios
- antecedentes personales y familiares psiquiátricos
- edad de inicio de la obesidad
- IMC
- motivo de la cirugía
- conducta alimentaria
- calidad de vida
- psicopatología y estructura de personalidad.

Tras el estudio de las entrevistas clínicas y los cuestionarios:

☐ no hemos encontrado trastorno mental en el/la paciente con obesidad que contraindique la intervención quirúrgica

☐ hemos encontrado los siguientes hallazgos clínicos:

Recomendaciones:

Evaluación psiquiátrica tras la cirugía a los 6, 12 y 24 meses

Retrasar la intervención quirúrgica y nueva valoración psiquiátrica en meses

No consideramos adecuada la cirugía en este/a paciente

Dr. D. Juan Antonio Guisado Macías
Médico Especialista en Psiquiatría
Servicio Extremeño de Salud

a de de 20

A los pacientes intervenidos se les realizó una encuesta telefónica *ad hoc* tipo *Likert* para realizar un estudio piloto sobre el grado de satisfacción con el proceso de obesidad mórbida.

3.22. Análisis Estadístico.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

Se compararon los resultados de las variables sociodemográficas y clínicas, en tres tipos estudios: en el estudio I se compararon los pacientes, según fuesen operados o no de cirugía bariátrica; estudio II, en el que se compararon los pacientes, según continuasen o no en seguimiento, tras la cirugía bariátrica; estudio III: se compararon las variables de los pacientes intervenidos que siguieron en consulta, antes y después de la cirugía bariátrica.

Para comparar las variables sociales, los antecedentes médicos, psiquiátricos y de obesidad, se llevó a cabo un análisis de las variables cualitativas mediante tablas de contingencia, obteniendo el valor de Chi-Cuadrado y el nivel de significación estadístico.

Para comparar la calidad de vida, el malestar psicológico, los rasgos de personalidad y la conducta alimentaria, en los estudios I y II, se realizó una comparación de medias de cada una de las escalas mediante la *t* de *Student* para muestras independientes.

Para comparar la calidad de vida, el malestar psicológico, los rasgos de personalidad y la conducta alimentaria, en el estudio III, se realizó una comparación de medias de cada una de las escalas mediante la *t* de *Student* para muestras aparejadas.

Para analizar los factores asociados a la satisfacción, se llevó a cabo un análisis de regresión logística, obteniendo la *Odds Ratio*.

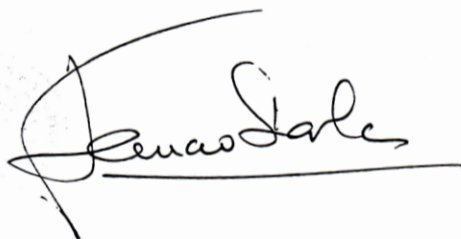
Para el análisis estadístico de los resultados de cada una de las variables estudiadas se utilizó el programa estadístico SPSS, version 15.0 en español.

Para la significación estadística se consideró una *p* menor o igual a 0,05, con un intervalo de confianza del 95%, y un margen de error del 0,05.

**D. FERNANDO HENAO DÁVILA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA
Y BIOSEGURIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA.**

INFORMA: Que una vez analizada, por esta Comisión la solicitud de PROYECTO DE TESIS DOCTORAL titulado "Análisis en población obesa mórbida de los cambios en cuanto a hábitos alimentarios, personalidad, malestar psicológico y calidad de vida tras la cirugía bariátrica y la asociación con la pérdida de peso postcirugía " cuyo Investigador Principal es D/Dª. Maria Suarez Gómez , ha decidido por unanimidad valorar positivamente el precitado proyecto por considerar que se ajusta a las normas éticas esenciales cumpliendo con la normativa vigente al efecto.

Y para que conste y surta los efectos oportunos firmo el presente informe en Badajoz a 25 de abril de 2013.



4. RESULTADOS

4.1 Datos Sociodemográficos

De los doscientos sesenta y dos pacientes estudiados, 187 (71,4%) eran **mujeres**, y 75 (28,6%) eran hombres. La media de edad fue de **42,2 años** (DE 11,1), siendo la edad mínima 18 años, y la máxima, 67.

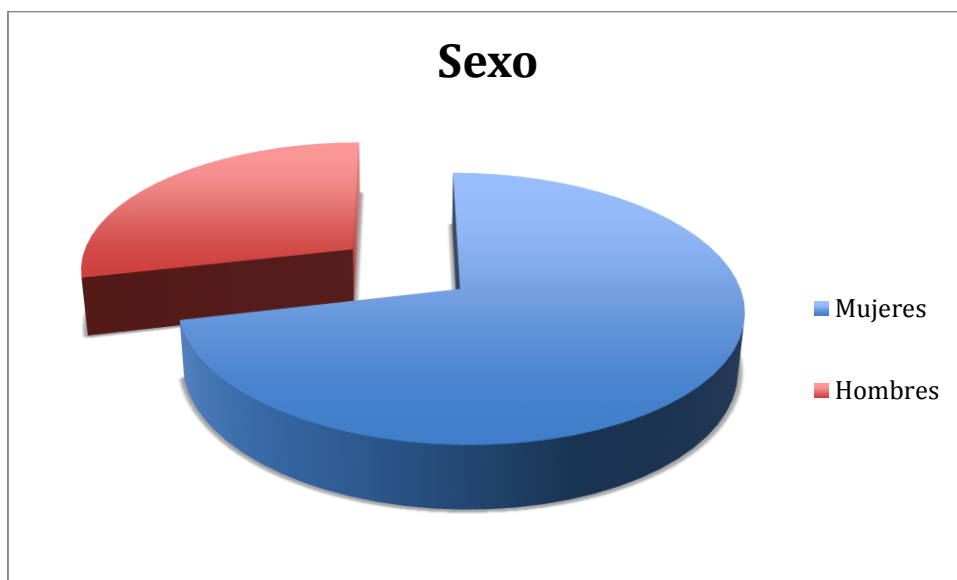


Figura 4.1. Distribución por sexos.

En relación al estado civil, de los doscientos sesenta y dos pacientes, 78 (29,8%) estaban solteros; 161 (61,5%), estaban **casados**; 13 (5%), divorciados, y 10 (3,8%), viudos.



Figura 4.2. Estado civil.

De los doscientos sesenta y dos pacientes estudiados, 187 (71,4%) referían tener pareja, describiendo la **relación** como “**buena**” en el 95,2% de los casos.

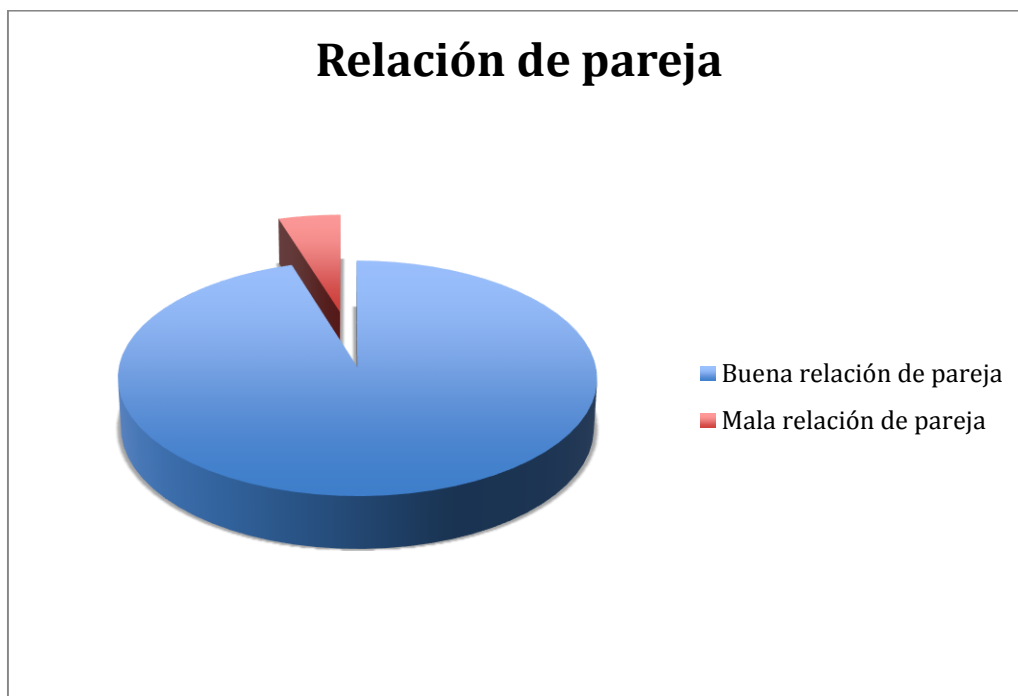


Figura 4.3. Relación de pareja.

En cuanto a la composición del núcleo familiar, 65 de los doscientos sesenta y dos pacientes (el 24,8% de los casos) vivían con la familia de origen, mientras que 197 (75,2%), vivían con la **familia creada** por ellos.

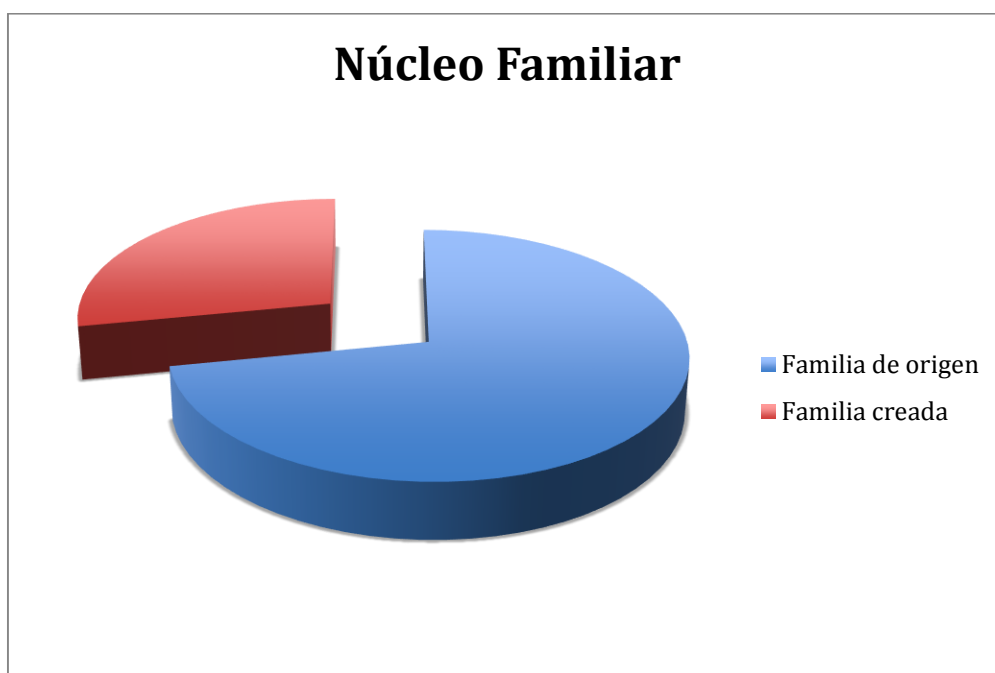


Figura 4.4. Composición del núcleo familiar.

De los doscientos sesenta y dos pacientes, **el nivel de estudios fue “primario”** en 189 pacientes (72,1%), “medio” en 58 pacientes (22,1%), y “superior” en 15 pacientes (5,7%).



Figura 4.5. Nivel de estudios.

De los doscientos sesenta y dos pacientes estudiados, 14 (54,6%) se encontraban **“activos”** laboralmente.



Figura 4.6. Situación laboral.

De los doscientos sesenta y dos pacientes estudiados, los antecedentes psiquiátricos se detectaron en 109 (41,6%), predominando los cuadros afectivos (55%). En el momento del estudio, 100 pacientes (38,2%) de los pacientes tenía diagnóstico psiquiátrico, prevaleciendo los **cuadros afectivos** en el 60% de los casos.

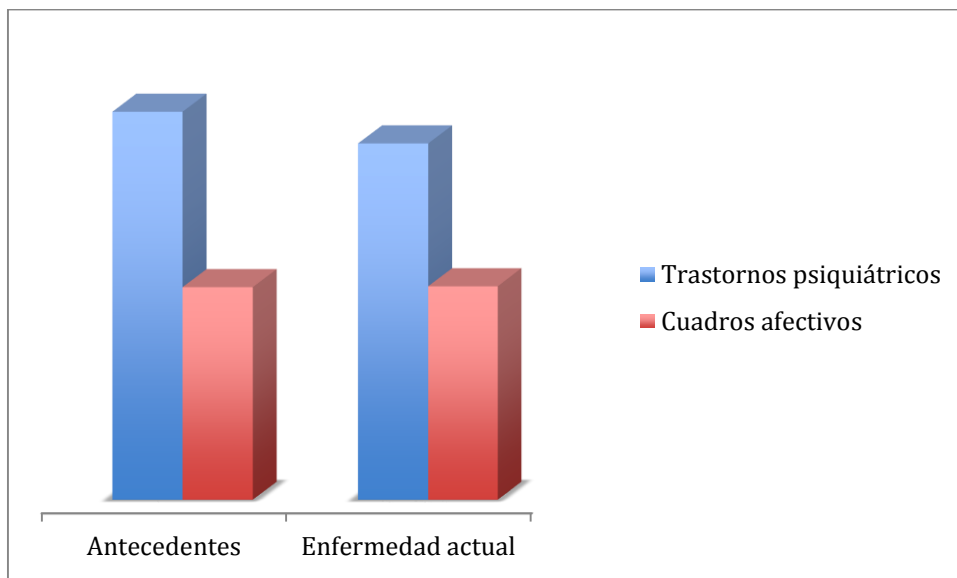


Figura 4.7. Historia de antecedentes y patología psiquiátrica.

4.2 Antecedentes Médicos

Entre los doscientos sesenta y dos pacientes estudiados, 192 describían antecedentes médicos (73,7%), describiéndose con más frecuencia **hipertensión arterial**, en 73 pacientes (27,9%), diabetes mellitus, en 50 pacientes (19,1%) y patología osteomuscular, en 51 pacientes (19,8%).

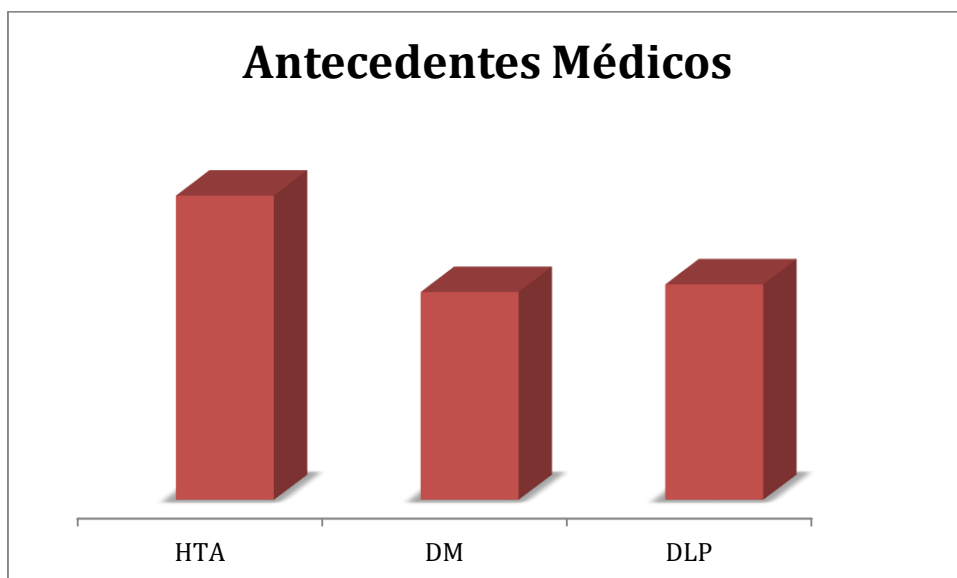


Figura 4.8. Antecedentes médicos.

4.3 Historia de Obesidad

De los doscientos sesenta y dos pacientes estudiados, 64 de ellos (24,4%) asociaron el inicio de la obesidad con algún tipo de **pérdida afectiva**: 45 (70,3%) **por fallecimiento**; un paciente (1,6%) por enfermedad de algún familiar; cuatro pacientes (6,3%) por enfermedad propia; y 14 (21,9%) por cambios en el núcleo familiar.

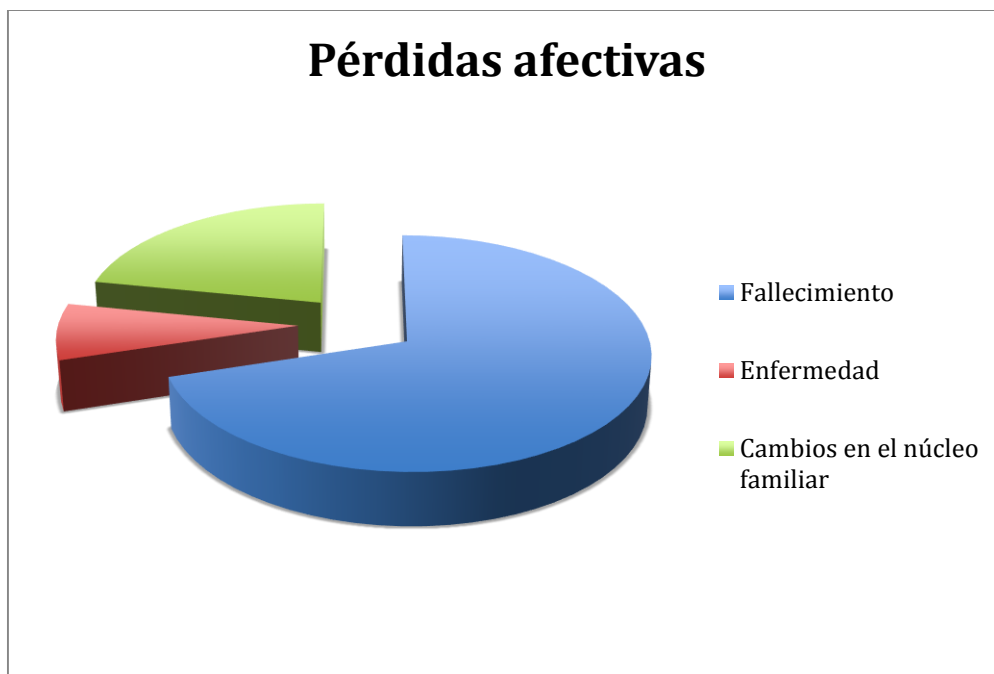


Figura 4.9. Pérdidas afectivas asociadas al inicio de la obesidad.

De los doscientos sesenta y dos pacientes estudiados, en cuatro de ellos (1,5%), la obesidad se asoció al tratamiento farmacológico. Otras causas detectadas de obesidad fueron la historia de embarazos o partos, en 51 pacientes (19,5%), y los antecedentes de enfermedad, en 20 pacientes (7,6%). **El inicio de la obesidad se asoció fundamentalmente a la infancia** (101 pacientes, 38,5% de los casos); en 54 pacientes (20,6%), el inicio fue en la adolescencia, y en 32 pacientes (12,2%) en el adulto joven.

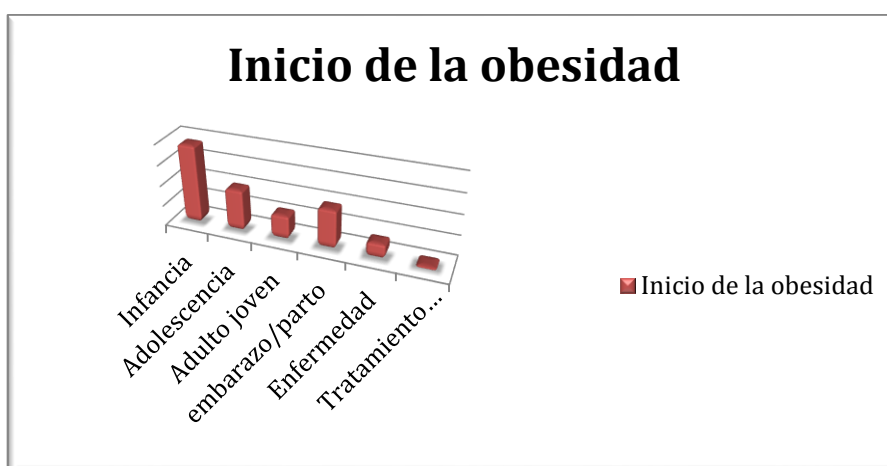


Figura 4.10. Inicio de la obesidad.

De los doscientos sesenta y dos pacientes estudiados, 195 (74,4%) refirió tener **antecedentes de obesidad** en la familia. De los 195 pacientes con antecedentes, la obesidad se detectó **en familia “cercana”** en 138 pacientes (71%), y en familia “lejana” en 57 pacientes (29%).

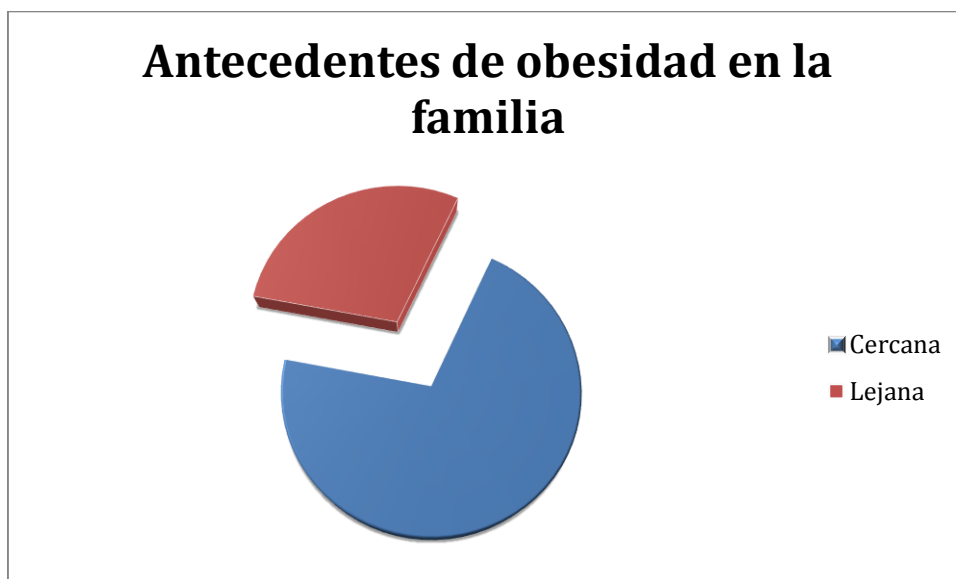


Figura 4.11. Antecedentes de obesidad en la familia.

De los doscientos sesenta y dos pacientes estudiados, 15 de ellos (5,7%) había sido intervenido de cirugía bariátrica antes de entrar en el estudio.

De los doscientos sesenta y dos candidatos a cirugía bariátrica, describieron como **motivación principal** para ser intervenidos, 166 de ellos (63,4%), **obtener una mejora tanto a nivel físico como psicológico**.

El peso medio, en kilogramos, antes de la cirugía, fue de 132,9 (DE 23,8). El peso mínimo fue de 82 kg, y el máximo de 215 kg.

La media del **Índice de Masa Corporal (IMC)**, antes de la cirugía, fue de **48,9** (DE 7,5) kg/m². El IMC mínimo fue de 35,9 kg/m², y el máximo, de 98,8 kg/m², detectándose la presencia de súper obesos (IMC igual superior a 50 kg/m²) en 22 candidatos a cirugía bariátrica (8,4%).

El **IMC medio**, a los 6 meses tras la intervención quirúrgica, fue de **34,5** (DE 8,8) kg/m².

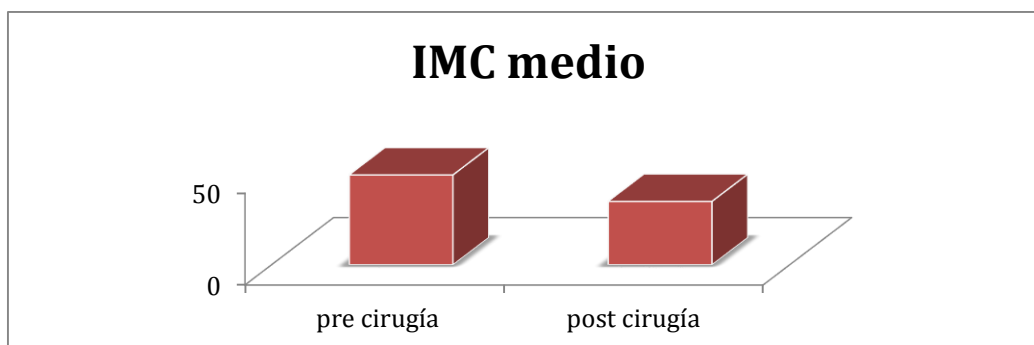


Figura 4.12. IMC medio antes y después de la cirugía bariátrica.

4.4 Historia de la Conducta Alimentaria

Se investigaron los hábitos alimentarios en los doscientos sesenta y dos pacientes que conformaban la población de estudio, detectándose conducta de “**picoteo**” en 155 pacientes (59,2%), **ingesta en grandes cantidades** en 118 pacientes (45,4%), ingesta nocturna en 30 pacientes (11,5%) y “**atracones**” en 57 pacientes (21,8%). 30 pacientes (11,5%) cumplían criterios en el DSM para definir la conducta como “Trastorno por Atracón” (Binge Eating Disorder). La gráfica 4 muestra la conducta alimentaria en la muestra estudiada.

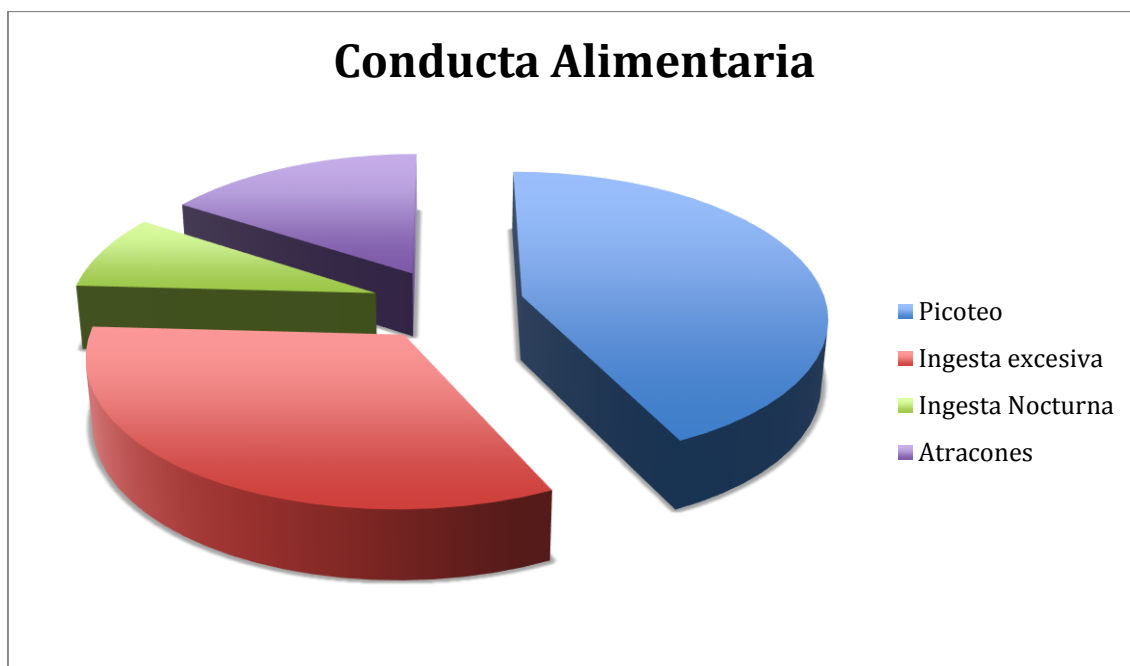


Figura 4.13. Conducta alimentaria.

4.5 Estudio de la Conducta Alimentaria antes de la cirugía (EDI-2)

Los pacientes del estudio puntuaron alto en las escalas de tendencia a la delgadez (Media 11,3; DE 4,9), y en insatisfacción corporal (Media 19,8; DE 6,9).

Tabla 4.1. Conducta alimentaria antes de la cirugía.

CONDUCTA ALIMENTARIA		
	Media	DE
Tendencia la Delgadez	11,3	4,9
Bulimia	2,6	3,9
Insatisfacción Corporal	19,8	6,9
Ineficacia	6,3	5,9
Perfeccionismo	4,5	3,7
Desconfianza Interpersonal	4,7	3,6
Conciencia Interoceptiva	5,8	5,4
Miedo a madurar	6,8	4,6
Ascetismo	5,4	3,9
Regulación de la Impulsividad	3,9	4,9
Inseguridad Social	4,0	3,9

4.6 Estudio de la calidad de vida antes de la cirugía (WQHOOL-BREF)

Los pacientes del estudio obtuvieron puntuaciones bajas en calidad de vida, sobre todo en salud física (Media 38,5; DE 18,0) y Salud psicológica (Media 49,0; 21,1).

Tabla 4.2. Calidad de vida antes de la cirugía.

CALIDAD DE VIDA		
	Media	DE
Salud Física	38,5	18,0
Salud Psicológica	49,0	21,1
Relaciones Sociales	59,9	22,4
Ambiente	58,1	17,3

4.7 Estudio de los rasgos de personalidad antes de la cirugía (SCID-II)

Los pacientes del estudio mostraron puntuaciones altas en los rasgos de personalidad obsesivos (Media 3,5; DE 2,2), narcisistas (Media 3,9; 3,0); y límites (Media 3,1; DE 3,4).

Tabla 4.3. Rasgos de personalidad antes de la cirugía.

PERSONALIDAD		
	Media	DE
Evitación	2,2	1,9
Dependencia	1,9	1,8
Obsesivo	3,5	2,2
Pasivo-Agresivo	2,4	1,9
Depresivo	2,6	2,2
Paranoide	2,1	2,0
Esquizotípico	2,2	2,1
Esquizoide	1,9	1,4
Histriónico	1,1	1,3
Narcisista	3,9	3,0
Límite	3,1	3,4
Disocial	1,3	2,6

4.8 Estudio del malestar psicológico antes de la cirugía (SCL-90-r)

Los pacientes del estudio obtuvieron puntuaciones altas en depresión (Media 1,7; DE 1,5) y somatización (Media 1,7; DE 1,1).

Tabla 4.4. Malestar psicológico antes de la cirugía.

MALESTAR PSICOLÓGICO		
	Media	DE
Obsesión/Compulsión	1,2	1,2
Ansiedad	0,9	0,9
Depresión	1,7	1,5
Sensitividad	1,1	1,1
Hostilidad	0,5	0,7
Ansiedad Fóbica	0,5	0,7
Ideación Paranoide	0,7	0,8
Psicoticismo	0,7	0,7
Somatización	1,7	1,1
GSI	1,0	0,9

4.9 Estudio i. Comparación entre pacientes operados frente a no operados

4.9.1 Comparación de la conducta alimentaria antes de la cirugía (EDI-2)

Los pacientes intervenidos puntuaron más bajo, respecto a los pacientes que no se operaron, en todas las escalas, resultando significativa la diferencia en cuanto a desconfianza interpersonal ($p=0,05$), con un coeficiente de correlación de $-0,151$ ($p<0,05$), y en la escala de regulación de la impulsividad ($p<0,05$), obteniéndose un coeficiente de correlación de $-0,151$ ($p<0,05$).

Tabla 4.5. Diferencias en la conducta alimentaria antes de la cirugía bariátrica, en los grupos estudiados.

CONDUCTA ALIMENTARIA							
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)				
	Media	DE	Media	DE	DIF. Medias	t	P
Tendencia a la Delgadez	11,3	4,7	11,7	5,2	-0,4	-0,626	NS
Bulimia	2,4	3,3	3,4	4,9	-1,0	-1,610	NS
Insatisfacción corporal	19,9	6,7	19,9	7,4	-0,0	-0,106	NS
Ineficacia	6,2	6,1	7,0	5,9	-0,8	-1,039	NS
Perfeccionismo	4,3	3,9	4,7	3,8	-0,4	-0,719	NS
Desconfianza interpersonal	4,4	3,6	5,5	3,8	-1,1	-2,213	<0,05
Conciencia interoceptiva	5,7	5,2	6,1	6,0	-0,4	-0,442	NS
Miedo a madurar	6,6	4,2	6,9	5,1	-0,3	-0,434	NS
Ascetismo	5,4	3,8	5,7	4,2	-0,3	-0,596	NS
Regulación de la impulsividad	3,4	4,6	4,9	5,7	-1,5	-2,168	<0,05
Inseguridad social	3,9	4,3	4,3	3,8	-0,4	-0,644	NS

4.9.2 Comparación de la calidad de vida antes de la cirugía (WQHOOL-BREF)

Los pacientes no intervenidos mostraron mejor calidad de vida en cuanto a salud física, psicológica y social, con diferencias estadísticamente significativas en la salud física ($p < 0,05$), con un coeficiente de correlación de $-0,153$ ($p < 0,05$).

Tabla 4.6. Diferencias en la calidad de vida antes de la cirugía bariátrica, en los grupos estudiados.

CALIDAD DE VIDA							
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)				
	Media	DE	Media	DE	DIF.Medias	t	P
Salud física	36,2	18,1	41,8	17,8	-5,6	-2,244	<0,05
Salud Psicológica	48,2	21,4	50,2	18,9	-2,0	-0,698	NS
Relaciones sociales	58,4	23,4	61,5	22,7	-3,1	-0,960	NS
Ambiente	58,4	16,6	57,5	18,2	0,9	0,401	NS

4.9.3 Comparación de los rasgos de personalidad antes de la cirugía (SCID-II)

Los pacientes intervenidos puntuaron más alto en rasgos de personalidad evitativa, dependiente, paranoide y disocial, frente a los pacientes no intervenidos, no mostrando en tales casos, diferencias significativas. Los pacientes no intervenidos puntuaron más alto, respecto a los pacientes intervenidos, en rasgos de personalidad obsesiva, pasivo-agresiva, depresiva, esquizotípica, esquizoide, histriónica, narcisista y límite, resultando significativa la diferencia en los rasgos obsesivos ($p < 0,01$), con una correlación de $-0,193$ ($p < 0,01$).

Tabla 4.7. Diferencias en rasgos de personalidad antes de la cirugía bariátrica, en los grupos estudiados.

PERSONALIDAD							
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)				
	Media	DE	Media	DE	DIF. Medias	t	P
Evitación	2,4	1,9	2,1	1,9	0,3	1,236	NS
Dependencia	1,9	1,8	1,8	1,7	0,1	0,367	NS
Obsesivo	3,2	2,2	4,1	2,2	-0,9	-2,854	<0,01
Pasivo-Agresivo	2,3	1,9	2,7	1,9	-0,4	-1,346	NS
Depresivo	2,6	2,2	2,7	2,0	-0,1	-0,105	NS
Paranoide	2,1	2,2	2,1	1,9	0,0	0,158	NS
Esquizotípico	2,3	2,4	2,3	1,9	-0,0	-0,221	NS
Esquizoide	1,8	1,5	1,9	1,4	-0,1	-1,161	NS
Histriónico	1,2	1,3	1,2	1,3	-0,0	-0,010	NS
Narcisista	3,8	3,1	4,2	2,9	-0,4	-0,985	NS
Límite	3,1	3,5	3,3	3,3	-0,2	-0,446	NS
Disocial	1,4	3,1	1,2	2,2	0,2	0,379	NS

4.9.4 Comparación del malestar psicológico antes de la cirugía (SCL-90-r).

Los pacientes intervenidos puntuaron más que los no intervenidos, en sintomatología obsesivo-compulsiva, hostilidad e ideación paranoide, no resultando estadísticamente significativo.

Los pacientes no intervenidos puntuaron más que los intervenidos ansiedad, depresión, sensibilidad y ansiedad fóbica, no resultando estadísticamente significativo.

Tabla 4.8. Diferencias en el malestar psicológico antes de la cirugía bariátrica, en los grupos estudiados.

MALESTAR PSICOLÓGICO							
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)				
	Media	DE	Media	DE	DIF. Medias	t	P
Obsesión/compulsión	1,2	0,9	1,1	0,8	0,1	0,261	NS
Ansiedad	0,9	0,9	0,9	0,8	-0,0	- 0,056	NS
Depresión	1,7	1,2	1,7	1,1	-0,0	- 0,067	NS
Sensitividad	1,1	0,9	1,1	0,8	-0,0	- 0,032	NS
Hostilidad	0,6	0,9	0,6	0,6	0,0	0,035	NS
Ansiedad Fóbica	0,5	0,6	0,5	0,7	-0,0	- 0,525	NS
Ideación Paranoide	0,7	0,9	0,7	0,5	0,0	0,302	NS
Psicoticismo	0,7	0,8	0,7	0,7	0,0	0,226	NS
Somatización	1,7	1,0	1,7	0,9	0,0	0,553	NS
GSI	1,1	0,9	1,0	0,7	0,1	0,627	NS

4.9.5 Valoración de la situación actual del paciente y de su satisfacción con el proceso de obesidad mórbida

4.9.5.1 Satisfacción

La satisfacción global con el proceso de obesidad mórbida fue mayor en los pacientes operados que en los no operados ($p < 0,001$).

Se encontró asociación significativa en los pacientes operados entre la satisfacción y el hecho de contar con el acuerdo familiar en el proceso (OR 9,333; $p < 0,01$), la disminución de la conducta alimentaria de “atracones” (OR 0,278; $p < 0,05$), y la mejoría en las relaciones sociales (OR 3,733, $p < 0,05$).

Tabla 4.9. Satisfacción con el proceso asistencial, según se operen o no de cirugía bariátrica.

SATISFACCIÓN						
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)		Chi2	P
	n	%	n	%		
Satisfacción Global	103	85,8	50	54,3	25,703	<0,001
Recomendaría	116	97,5	89	96,7	a.	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.5.2 Valoración de los dispositivos sanitarios

Las puntuaciones no difirieron entre los pacientes operados y los no operados.

Tabla 4.10. Valoración de los dispositivos sanitarios, según se operen o no de cirugía bariátrica.

VALORACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS						
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)		Chi2	P
	n	%	n	%		
Acceso	117	97,5	100	92	a.	NS
Información	116	96,7	100	92	a.	NS
Puntuación psiquiatría	116	96,7	90	97,8	a.	NS
Puntuación especialistas	105	87,5	84	91,3	0,779	NS
Tiempo en consulta	118	98,3	92	91,1	a.	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.5.3 Afrontamiento

El número pacientes que manifestó sentirse capaz de hacer frente al proceso asistencial de obesidad mórbida tras la consulta fue significativamente mayor en los operados que en los no operados ($p < 0,05$). Los pacientes operados, manifiestan, un 75, 71 % más veces, que los no operados, sentirse capaz de hacer frente a la obesidad, tras la consulta de psiquiatría (OR 3,450; $p < 0,05$).

El porcentaje de pacientes con miedo al proceso quirúrgico fue significativamente mayor en los pacientes no operados ($p < 0,001$). Los pacientes no operados, manifiestan, un 19,28 % más veces que los operados, tener miedo de la operación (OR 0,239; $p < 0,001$).

El porcentaje de pacientes operados, cuya familia estaba de acuerdo con la intervención, fue significativamente mayor que el de los pacientes que no se operaron ($p < 0,05$). Los pacientes operados, tienen un 75, 71 % de las veces más acuerdo familiar con la operación, que los que no se operan (OR 3,117; $p < 0,05$).

Tabla 4.11. Diferencias en la capacidad de hacer frente a la obesidad, en los grupos estudiados.

AFRONTAMIENTO						
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Afrontamiento	115	95,8	80	87	5,563	<0,05
Miedo a la cirugía	13	10,8	31	33,7	16,549	<0,001
Acuerdo de la familia	112	94,1	77	87,3	6,034	<0,05

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.5.4 Valoración de los hábitos alimentarios

Respecto a los hábitos alimentarios, fue significativamente mayor el porcentaje de pacientes operados frente a no operados, que disminuyó la conducta de “picoteo” ($p < 0,001$), “atracones” ($p < 0,01$) e ingesta excesiva ($p < 0,001$). Un 74,5 % de las veces, disminuyó más, la conducta de “picoteo”, en los operados que en los no operados (OR 2,916; $p < 0,001$); un 70,4% de las veces, disminuyó más, la conducta de “atracones”, en los operados que en los no operados (OR 2,376; $p < 0,01$); un 85,1 % de las veces, disminuyó más, la conducta de “ingesta excesiva”, en los operados que en los no operados (OR 5,694; $p < 0,001$).

Tabla 4.12. Diferencias en los hábitos alimentarios en el momento actual, en los grupos estudiados.

HÁBITOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA						
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Picoteo	77	64,2	35	38	a.	<0,001
Nocturna	18	15	7	7,6	2,735	NS
Atracones	42	35	17	18,5	7,077	<0,01
Ingesta excesiva	83	69,2	26	28,3	34,883	<0,001

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.5.5 Cambios en la Calidad de Vida

Hubo, significativamente, más pacientes operados que no operados, que manifestaron una mejora en su calidad de vida, tras el proceso asistencial ($p < 0,001$), encontrando una *odds ratio* de 5,057, con significación estadística menor de 0,001.

Más pacientes operados consiguieron reducir uno o dos factores de riesgo cardiovascular, se encuentran más ágiles, y consiguieron reducir su medicación tras la cirugía ($p < 0,001$ en todos los casos).

Si es cierto que los pacientes operados manifestaban, de forma más frecuente, una mejora física, respecto a los no operados, estos últimos, manifestaron sentirse con mejoría tanto física como psicológica, tras el proceso de obesidad, resultando esta diferencia significativa ($p < 0,05$). Un 73% de las veces fueron más los operados que los no operados quienes mostraron mejoría fundamentalmente a nivel físico (OR 2,706; $p < 0,01$), mientras que un 34,81% manifestaron mejoría tanto a nivel físico como psicológico, no resultando en este último caso, significativa la asociación (OR 0,534; $p = 0,05$).

El porcentaje de pacientes que describió mejorar sus relaciones sociales, también resultó significativamente mayor en los operados ($p < 0,001$). Lo mismo ocurrió en cuanto a deseo sexual ($p < 0,001$). Más pacientes operados que no operados manifestaron una mejora significativa en su situación laboral y económica ($p < 0,001$ en ambos casos). Un 95,64% de los operados, manifestó más veces, respecto a los no operados, mejora a nivel social (OR 21,970; $p < 0,001$).

Tabla 4.13. Diferencias en la “calidad de vida” en el momento actual, entre los grupos estudiados.

CALIDAD DE VIDA						
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)		Chi2	P
	n	%	n	%		
Calidad de vida	116	96,7	61	66,3	34,828	<0,001
Mejora Física	66	56,9	20	32,8	9,303	<0,01
Mejora Psicológica	7	6	9	14,8	3,697	NS
Mejora Física y Psicológica	43	37,1	32	52,5	3,878	<0,05
Social	94	78,3	13	14,1	85,870	<0,001
Sexual	48	40	1	1,1	44,372	<0,001
Laboral	43	35,8	11	12	15,639	<0,001
Económica	26	21,7	4	4,3	12,857	<0,001

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.5.6 Cambios en la Salud Física

Como muestra la tabla 20, los pacientes operados disminuyen en un tanto por ciento mayor, que los no operados, todas las variables estudiadas relacionadas con la salud física, mostrando diferencias significativas en cuanto a sentirse más ágiles ($p<0,05$), control de un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) ($p<0,01$), control de dos FRCV ($P<0,05$), y disminución de la necesidad de medicación ($p<0,001$).

Tabla 4.14. Diferencias en la “salud física” en el momento actual, entre los grupos estudiados.

SALUD FÍSICA						
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)		Chi2	P
	n	%	n	%		
SAOS	7	7,7	4	6	a.	NS
1 FRCV	14	12	0	0	a.	<0,01
2 FRCV	11	9,4	0	0	a.	<0,05
3 FRCV	3	2,6	0	0	a.	NS
Agilidad	52	65,4	34	44,4	6,316	<0,05
Cansancio	8	27,8	5	12,3	a.	NS
Dolor osteomuscular	19	17,3	9	16,2	0,030	NS
Control tiroideo	1	0,9	0	0	a.	NS
Medicación	62	51,7	11	12	36,372	<0,001

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.5.7 Cambio en la Salud Psicológica

La mejoría anímica, se percibió, más frecuentemente, en los pacientes operados, que en los no operados ($p < 0,001$). Sucedió lo mismo en cuanto a los niveles de ansiedad, ya que más pacientes operados refirieron una disminución tras el proceso asistencial, frente a los no operados, con un nivel de significación estadística de $p < 0,001$. Un 92,1% de los pacientes operados, manifestó más veces, respecto a los no operados, sentirse mejor anímicamente (OR 11,621; $p < 0,001$); un 79,3% de los operados, manifestó más veces, respecto a los no operados, sentirse con menos ansiedad (OR 3,827; $p < 0,001$).

Tabla 4.15. Diferencias en la “salud psicológica” en el momento actual, entre los grupos estudiados.

SALUD PSICOLÓGICA						
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Ánimo	104	86,7	33	35,9	58,776	<0,001
Ansiedad	83	69,2	34	37	21,846	<0,001
Ideas de muerte	5	4,2	5	5,4	a.	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.5.8 Cambios en los Hábitos de Vida

Tabla 4.16. Diferencias en los “hábitos de vida” en el momento actual, entre los grupos estudiados.

HÁBITOS DE VIDA						
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)		Chi2	P
	n	%	n	%		
Dieta	75	62,5	61	66,3	0,328	>0,05
Ejercicio	94	78,3	67	72,8	0,865	>0,05

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.5.9 Consumo actual de sustancias tóxicas

En cambio, el número de pacientes operados que confesaron consumir alcohol tras la operación fue mayor que aquéllos que no fueron operados ($p < 0,01$). Los pacientes operados, confesaban un 76,2% más veces que los no operados, mantener un consumo activo de alcohol (or 3,195; $p = 0,01$).

Tabla 4.17. Diferencias en el “consumo de sustancias” en el momento actual, entre los grupos estudiados.

CONSUMO DE SUSTANCIAS						
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)		Chi2	P
	n	%	n	%		
Alcohol	25	20,8	7	7,6	7,106	<0,01
Tabaco	18	15	11	12	0,409	NS
Otros tóxicos	2	1,7	0	0	a.	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.5.10 Demora previa a la Cirugía

Los demora antes de la fecha prevista de la cirugía fue mayor en los pacientes operados (Media 18,7; DE 15,3) que en los no operados (Media 14,4; DE 8,9), con diferencia significativa ($p < 0,05$).

Tabla 4.18. Diferencias en el tiempo de demora antes de la fecha prevista de cirugía bariátrica, entre los grupos estudiados.

DEMORA PREVIA A LA CIRUGÍA							
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)				
	Media	DE	Media	DE	DIF.Medias	t	P
Meses	18,7	15,3	14,4	8,9	4,3	1,610	<0,05

4.9.5.11 Descripción de las causas de la no intervención quirúrgica.

Las causas por las cuales los pacientes no llegaron a intervenir de cirugía bariátrica se recogen en la Tabla 4.19. Las más frecuentes fueron: la decisión del paciente de querer continuar perdiendo peso mediante dieta y ejercicio, el miedo a la operación o a sus consecuencias, y el riesgo de muerte (por criterio médico) tras la cirugía.

Tabla 4.19. Descripción de las causas de la no intervención quirúrgica.

DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS DE NO INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		
	n	%
Decisión de continuar con dieta y ejercicio	17	18,5
Demora considerada “excesiva” por el paciente	3	3,3
Miedo del paciente	28	30,4
Mejoría con balón intragástrico	1	1,1
Aumento de peso	6	6,5
Dsiminución de peso hasta no tener criterios quirúrgicos	4	4,3
Pérdida insuficiente de peso	9	9,8
Riesgo de muerte o complicación grave por la cirugía (criterio del especialista)	19	20,7
Infección por H. Pylori	1	1,1
Tabaquismo	2	2,2
Alergia al tratamiento con hierro	1	1,1
Embarazo	1	1,1

4.9.6 Comparación de las características sociodemográficas antes de la cirugía, entre los pacientes operados y no operados.

No se encontraron diferencias significativas.

Tabla 4.20. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, de las “características sociodemográficas”, entre los grupos estudiados.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS PRE CIRUGÍA							
		OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)			
		n	%	n	%	Chi. 2	P
Sexo	Mujeres	87	72,5	69	74,2	0,077	NS
	Hombres	33	27,5	24	25,8		
Estado civil	Soltero	38	31,7	24	25,8	1,297	NS
	Casado	73	60,8	59	63,4		
	Separado/viudo	9	7,5	10	10,8		
Núcleo Familiar	Familia propia	88	73,3	32	26,7	0,756	NS
	Familia origen	32	26,7	20	21,5		
Pérdida afectiva		27	22,5	26	28	0,835	NS
Pareja		83	69,2	68	73,1	0,396	NS
Relación de pareja	“buena”	79	95,2	64	94,1	a.	NS
	“mala”	4	4,8	4	5,9	a.	NS
Nivel de estudios	Primarios	82	68,3	70	75,3	1,237	NS
	Medios	30	25	18	19,4		
	Superiores	8	6,7	5	5,4		
Actividad laboral		75	62,5	46	49,5	3,630	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.7 Comparación de los antecedentes psiquiátricos personales, entre los pacientes operados y no operados.

No se encontraron diferencias significativas.

Tabla 4.21. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a antecedentes psiquiátricos, entre los grupos estudiados.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES PRE CIRUGÍA						
		OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)		
		n	%	n	%	
AP psiquiátricos		45	37,5	41	44,9	0,944
Tipo AP	Afectivo-ansioso	28	62,2	19	46,3	3,688
	Resto de patologías	17	37,8	22	53,7	
						NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.8 Comparación de los diagnósticos psiquiátricos personales, entre los pacientes operados y no operados.

No se encontraron diferencias significativas.

Tabla 4.22. Diferencias en el diagnóstico psiquiátrico, antes de la cirugía bariátrica, entre los grupos estudiados.

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO						
		OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)		
		n	%	n	%	
Diagnóstico psiquiátricos		45	37,5	31	33,3	0,396
Tipo	Afectivo-ansioso	35	77,8	24	77,4	0,001
	Resto de patologías	10	22,2	7	22,6	
						NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.9 Comparación de los antecedentes médicos personales, entre los pacientes operados y no operados.

No se encontraron diferencias significativas.

Tabla 4.23. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a antecedentes médicos, entre los grupos estudiados.

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES						
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)			
	n	%	n	%	Chi2	P
AP médicos	81	67,5	71	76,3	2,005	NS
Hipertensión	28	23,3	26	28	0,592	NS
Diabetes Mellitus	20	16,7	17	18,3	0,095	NS
Dislipemia	9	7,5	8	8,6	0,087	NS
SAOS	12	10	13	14	0,801	NS
Patología Osteomuscular	24	20	18	19,4	0,014	NS
Patología vascular	7	5,8	5	5,4	0,021	NS
Hipotiroidismo	12	10	11	11,8	0,182	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.10 Comparación de los antecedentes personales y familiares de obesidad, entre los pacientes operados y no operados.

No se encontraron diferencias significativas.

Tabla 4.24.a. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a la historia de obesidad del paciente, entre los grupos estudiados.

HISTORIA DE OBESIDAD						
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Antecedentes familiares	92	76,7	71	76,3	0,003	NS
AP cirugía bariátrica	8	6,7	5	5,4	0,152	NS
Superobesos	12	10	7	7,5	0,394	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

Tabla 4.24.b. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a la historia de obesidad del paciente, entre los grupos estudiados.

HISTORIA DE OBESIDAD							
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)				
	ME	DE	ME	DE	DIF. ME	t	P
Edad antes de la cirugía	10,6	41,3	12,1	42,4	-1,1	-0,434	NS
Peso en kilogramos antes de la cirugía	23,2	133,8	22,4	131,2	2,6	0,442	NS
IMC antes de la cirugía	6,8	49,2	8,7	49,1	0,1	0,644	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.9.11 Comparación de los hábitos alimentarios, entre los pacientes operados y no operados.

No se encontraron diferencias significativas.

Tabla 4.25. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a hábitos alimentarios, entre los grupos estudiados.

HÁBITOS ALIMENTARIOS ANTES DE LA CIRUGÍA						
	OPERADOS (n120)		NO OPERADOS (n93)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Picoteo	75	62,5	52	55,9	0,944	NS
Ingesta nocturna	14	11,7	9	9,7	0,215	NS
Atracones	30	25	22	23,7	0,051	NS
Trastorno por atracón	17	14,2	12	12,9	0,071	NS
Ingesta excesiva	60	50	39	41,9	1,370	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10 Estudio ii. Comparación entre pacientes intervenidos que siguen en consulta frente a los que no siguen.

4.10.1 Comparación de la conducta alimentaria antes de la cirugía (EDI-2)

Los pacientes que no siguieron en consulta tras operarse puntuaban más alto en todas las escalas del EDI-2 antes de operarse, resultando significativo en “bulimia” ($p < 0,05$), “insatisfacción corporal” ($p < 0,01$), “miedo a madurar” ($p < 0,01$), y “ascetismo” ($p < 0,05$).

Tabla 4.26. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a conducta alimentaria, entre los grupos estudiados.

CONDUCTA ALIMENTARIA							
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)		DIF. Medias	t	P
	Media	DE	Media	DE			
Tendencia a la Delgadez	10,4	4,9	11,6	4,6	-1,2	-1,270	NS
Bulimia	1,4	2,2	2,8	3,5	-1,4	-2,273	<0,05
Insatisfacción corporal	17,1	6,4	21,1	6,5	-4,0	-3,060	<0,05
Ineficacia	5,8	6,5	6,3	5,9	-0,5	-0,443	NS
Perfeccionismo	3,9	3,8	4,5	3,9	-0,6	-0,807	NS
Desconfianza interpersonal	3,7	2,8	4,6	3,8	-0,9	-1,230	NS
Conciencia interoceptiva	4,9	5,4	6,1	5,1	-1,2	-1,157	NS
Miedo a madurar	5,1	3,1	7,2	4,5	-2,1	-2,941	<0,05
Ascetismo	4,1	3,6	5,9	3,8	-1,8	-2,384	<0,05
Regulación de la impulsividad	3,4	4,8	3,4	4,6	0,0	0,000	NS
Inseguridad social	3,8	4,4	4,0	4,3	-0,2	-0,205	NS

4.10.2 Comparación de la calidad de vida antes de la cirugía (WQHOOL-BREF)

Los pacientes que siguieron en consulta tras operarse puntuaban más alto en todas las escalas del WQHOOL-BREF antes de operarse, salvo en calidad del entorno, no obteniendo resultados significativos en ninguno de los casos.

Tabla 4.27. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a calidad de vida, entre los grupos estudiados.

CALIDAD DE VIDA							
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)		DIF. Medias	t	P
	Media	DE	Media	DE			
Salud Física	37,6	19,9	35,7	17,3	1,9	0,515	NS
Salud Psicológica	50,2	20,3	47,4	21,9	2,8	0,658	NS
Relaciones Sociales	60,9	22,3	57,3	23,9	3,6	0,766	NS
Ambiente	10,4	4,9	11,6	4,6	-1,2	-1,910	NS

4.10.3 Comparación de los rasgos de personalidad antes de la cirugía (SCID-II)

Los pacientes que no siguieron en consulta tras operarse puntuaban más alto en todas las escalas de personalidad del SCID-II antes de operarse, resultandos significativo en rasgos evitativos ($p < 0,01$) esquizotípicos ($p < 0,01$), histriónicos ($p < 0,05$) y narcisistas ($p < 0,05$).

Tabla 4.28. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a rasgos de personalidad, entre los grupos estudiados.

PERSONALIDAD							
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)		DIF. Medias	t	P
	Media	DE	Media	DE			
Evitación	1,7	1,9	2,7	1,9	-1,0	-2,773	<0,01
Dependencia	1,4	1,6	2,1	1,9	-0,7	-1,903	NS
Obsesivo	2,6	2,3	3,5	2,1	-0,9	-1,933	NS
Pasivo-Agresivo	1,8	1,8	2,5	2,0	-0,7	-1,799	NS
Depresivo	2,3	2,3	2,8	2,2	-0,5	-1,079	NS
Paranoide	1,8	2,3	2,3	2,1	-0,5	-1,018	NS
Esquizotípico	1,4	1,4	2,6	2,6	-1,2	-3,445	<0,01
Esquizoide	1,5	1,1	1,9	1,6	-0,4	-1,670	NS
Histriónico	0,8	0,8	1,3	1,4	-0,5	-2,464	<0,05
Narcisista	2,7	2,3	4,2	3,3	-1,5	-2,382	<0,05
Límite	2,5	3,1	3,3	3,7	-0,8	-1,205	NS
Disocial	1,3	2,3	1,4	3,4	-0,1	-0,140	NS

4.10.4 Comparación del malestar psicológico antes de la cirugía (SCL-90-r).

Los pacientes que no siguieron en consulta tras operarse puntuaban más alto en las escalas obsesión/compulsión, ansiedad, ansiedad fóbica, depresión y sensibilidad, no obteniendo resultados significativos.

Tabla 4.29 Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a malestar psicológico, entre los grupos estudiados.

MALESTAR PSICOLÓGICO							
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)				
	Media	DE	Media	DE	DIF. Medias	t	P
Obsesión/compulsión	1,1	0,9	1,2	0,9	-0,1	-0,686	NS
Ansiedad	0,8	0,8	0,9	0,9	-0,1	-0,580	NS
Depresión	1,5	1,1	1,8	1,2	-0,3	-1,038	NS
Sensitividad	0,9	0,9	1,2	0,9	-0,3	-1,707	NS
Hostilidad	0,7	1,4	0,5	0,6	0,2	0,734	NS
Ansiedad Fóbica	0,4	0,6	0,5	0,7	-0,1	-0,922	NS
Ideación Paranoide	0,8	1,5	0,7	0,6	0,1	0,427	NS
Psicoticismo	0,8	1,1	0,7	0,7	0,1	0,405	NS
Somatización	1,7	1,1	1,8	0,9	-0,1	-0,421	NS
GSI	0,9	0,6	1,1	1,0	-0,2	-1,353	NS

4.10.5 Valoración de la situación actual del paciente y de su satisfacción con el proceso de obesidad mórbida

4.10.5.1 Satisfacción

Los pacientes que siguieron en consulta se mostraron más satisfechos, de forma global, con el proceso de obesidad mórbida, no encontrándose en este caso, resultados significativos.

Tabla 4.30. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a satisfacción, entre los grupos estudiados.

SATISFACCIÓN						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Satisfacción con la imagen	32	91,4	70	82,4	1,602	NS
Satisfacción Global	31	88,6	72	84,7	a.	NS
Recomendaría	34	97,1	82	97,6	a.	NS
Expectativa Satisfecha						
Física	14	40	523	61,2	4,492	<0,05
Psicológica	2	5,7		3,5	a.	NS
Ambas	19	54,3		35,3	3,701	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.5.2 Valoración de los dispositivos sanitarios.

La puntuación fue, por norma general, mejor en los pacientes que siguieron el estudio, encontrando diferencias significativas en la puntuación de la coordinación entre los especialistas que atendieron a los pacientes ($p < 0,01$).

Tabla 4.31. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a la valoración de los dispositivos sanitarios, entre los grupos estudiados.

VALORACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Información	35	100	81	95,3	a.	NS
Acceso	35	100	82	96,5	a.	NS
Puntuación máxima de la atención psiquiátrica	35	100	81	95,3	a.	NS
Puntuación máxima de la coordinación de especialistas	35	100	70	82,4	a.	<0,01
Puntuación máxima enfermería Rx	35	100	80	94,1	a.	NS
Puntuación máxima enfermería UCI	33	94,3	79	92,9	a.	NS
Puntuación máxima enfermería Recuperación	35	100	78	91,8	a.	NS
Puntuación máxima enfermería Planta	35	100	76	89,4	a.	NS
Intimidad/Confidencialidad	35	100	85	100	Constante	
Libertad	35	%	85		Constante	
Tiempo suficiente en consulta de psiquiatría	35	100	83		a.	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.5.3 Afrontamiento

No se encontraron diferencias significativas en relación a la capacidad de hacer frente a la obesidad, en el miedo a la cirugía o a las consecuencias, ni en el apoyo familiar, entre los pacientes que siguieron el estudio, frente a los que lo abandonaron.

Tabla 4.32. Diferencias en la capacidad de hacer frente a la obesidad, en los grupos estudiados.

AFRONTAMIENTO						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Afrontamiento	35	100	80	94,1	a.	NS
Miedo:						
 cirugía	3	8,6	10	11,8	a.	NS
 anestesia	3	8,6	10	11,8	a.	NS
 consecuencias	3	8,6	10	11,8	a.	NS
Acuerdo de la familia	33	97,1	79	92,9	a.	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.5.4 Valoración de los hábitos alimentarios

En relación a los hábitos alimentarios, más pacientes que no siguieron en consulta tras ser operados, manifestaron disminuir las conductas de “picoteo”, “ingesta nocturna” e “ingesta excesiva”, que aquéllos que siguieron en seguimiento, con resultados significativos en la conducta de “picoteo” ($p < 0,05$).

Tabla 4.33. Diferencias en los hábitos alimentarios en el momento actual, en los grupos estudiados.

HÁBITOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Picoteo	22	62,9	55	64,7	8,280	<0,05
Ingesta Nocturna	5	14,3	13	15,3	0,020	NS
Atracones	13	37,1	29	34,1	0,100	NS
Ingesta excesiva	20	57,1	63	74,1	3,350	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.5.5 Cambios en la calidad de vida

Los resultados significativos hacen referencia a una mejoría, a nivel físico, más frecuente en los pacientes que no siguen, respecto a los que continuaron en consulta, tras la operación ($p < 0,05$); en cambio, los pacientes que continuaron el seguimiento, refirieron más veces una mejoría tanto física como psicológica ($p < 0,05$).

Las circunstancias laborales mejoraron más frecuentemente en los pacientes que no siguieron en consulta tras operarse ($p < 0,05$).

Fue mayor la frecuencia de pacientes que no siguieron en consulta que mejoraron el deseo sexual tras la operación, frente a los que continuaron el estudio ($p < 0,001$).

Tabla 4.34. Diferencias en la “calidad de vida” en el momento actual, entre los grupos estudiados.

CALIDAD DE VIDA						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Calidad de vida	35	100	81	95,3	a.	NS
Mejora Física	15	42,9	51	63	4,028	<0,05
Mejora Psicológica	1	2,9	6	7,4	a.	NS
Mejora física y psicológica	19	54,3	24	29,6	6,369	<0,05
Laboral	7	20	36	42,4	5,387	<0,05
Económica	6	17,1	20	23,5	0,596	NS
Social	31	88,6	63	74,1	3,052	NS
Sexual	5	14,3	43	50,6	13,613	<0,001
Mantiene reducción de peso	33	94,3	71	83,5	a.	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.5.6 Cambios en la salud física

Tabla 4.35. Diferencias en la “salud física” en el momento actual, entre los grupos estudiados.

SALUD FÍSICA						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
SAOS	1	2,9	6	7,3	a.	NS
1 FRCV	4	11,4	10	12,2	a.	NS
2 FRCV	5	14,3	8	7,3	a.	NS
3 FRCV	1	2,9	2	2,4	a.	NS
Agilidad	20	57,1	32	39	3,261	NS
Cansancio	0	0	8	16	a.	NS
Dolor osteomuscular	4	11,4	15	18,3	0,850	NS
Control tiroideo	0	0	1	1,2	a.	NS
Medicación	43	50,6	19	54,3	0,136	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.5.7 Cambios en la salud psicológica

Tabla 4.36. Diferencias en la “salud psicológica” en el momento actual, entre los grupos estudiados.

SALUD PSICOLÓGICA						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Ánimo	32	91,4	72	84,7	a.	NS
Ansiedad	21	60	62	72,9	1,947	NS
Ideas de Muerte	0	0	5	5,9	a.	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.5.8 Cambios en los hábitos de vida

En relación a los hábitos alimentarios, más pacientes que no siguieron en consulta tras ser operados, manifestaron estar realizando algún tipo de dieta, con resultados significativos ($p < 0,05$).

Tabla 4.37. Diferencias en los “hábitos de vida” en el momento actual, entre los grupos estudiados.

HÁBITOS DE VIDA						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n35)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Dieta	16	45,7	59	69,4	5,940	<0,05
Ejercicio	28	80	66	77,6	0,081	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.5.9 Consumo actual de sustancias tóxicas

Más pacientes que no siguieron en consulta tras ser operados confesaban, en más ocasiones, consumo activo de alcohol ($p < 0,01$), si bien en todos los casos, se trataba de un consumo referido como “moderado” y relacionado con las comidas y las relaciones sociales.

Tabla 4.38. Diferencias en el “consumo de sustancias” en el momento actual, entre los grupos estudiados.

CONSUMO DE SUSTANCIAS						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Alcohol	2	5,7	23	27,1	6,848	<0,01
Tabaco	3	8,6	15	17,6	1,602	NS
Otros tóxicos	0	0	2	2,5	a.	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.5.10 Valoración de la flacidez corporal tras la cirugía bariátrica

Tabla 4.39. Diferencias en cuanto a flacidez corporal tras la cirugía bariátrica, en los grupos estudiados.

FLACIDEZ						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Tórax	3	8,6	15	17,6	1,602	NS
Brazos	13	37,1	33	38,8	0,030	NS
Piernas	10	28,6	47	55,3	7,099	<0,01
Abdomen	24	68,6	58	68,2	0,001	NS
Mamas	9	25,7	32	37,6	1,569	NS
Desea cirugía reparadora	22	75,9	59	79,7	0,186	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.5.11 Demora antes de la cirugía bariátrica

Tabla 4.40. Diferencias en el tiempo de demora antes de la fecha prevista de cirugía bariátrica, entre los grupos estudiados.

DEMORA							
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)				
	Media	DE	Media	DE	DIF. Medias	t	P
Meses antes de la cirugía	18,8	10,5	18,7	16,9	0,1	0,434	NS

4.10.5.12 Descripción de las causas referidas de abandonar el seguimiento.

Las causas referidas por el paciente, respecto a abandonar el seguimiento tras la cirugía fueron, sobre todo, el olvido por parte del paciente, el alta médica, y no haber pasado seis meses tras la cirugía, momento éste en el que se realiza la primera revisión tras la cirugía bariátrica.

Tabla 4.41. Causas de no seguimiento tras la cirugía bariátrica

CAUSAS DE NO SEGUIMIENTO		
	n	%
“Se olvidó”	41	51,8
No consideró necesario el seguimiento por referir mejoría	3	3,5
Alta por criterio médico	18	21,2
Menos de 6 meses tras la cirugía	13	15,3
Continuó seguimiento con el psiquiatra de referencia	3	3,5
Se intervino por sistema privado	1	1,2
Las complicaciones quirúrgicas le impiden realizar el seguimiento	1	1,2
Traslado por motivo laboral	1	1,2
Sentía frustración por aumentar de peso	1	1,2

4.10.5.13 Análisis de las complicaciones en los pacientes operados

Las complicaciones más frecuentes en los pacientes que siguieron en consulta fueron anemia (n2; 15,4%), malabsorción (n2; 15,4%) y síndrome de Dumping (n2; 15,4%). No se obtuvieron resultados significativos al comparar las complicaciones entre un grupo y otro.

Tabla 4.42. Complicaciones descritas tras la cirugía bariátrica

COMPLICACIÓN						
	SIGUEN(n35)		NO SIGUEN (n85)		Chi2	P
	n	%	n	%		
Vómitos	0	0	4	12,1	a.	NS
Diarrea	1	7,7	0	0	a.	NS
Anemia	2	15,4	2	6,1	a.	NS
Trombos	1	7,7	2	6,1	a.	NS
Hernia incisional	1	7,7	6	18,2	a.	NS
Malnutrición	0	0	1	3	a.	NS
Malabsorción	2	15,4	0	0	a.	NS
Fractura costal	0	0	1	3	a.	NS
Seroma o infección de la herida quirúrgica	0	0	2	6,1	a.	NS
Hemorragia digestiva	0	0	4	12,1	a.	NS
Estenosis de la boca anastomótica	0	0	1	3	a.	NS
Úlcera gástrica	0	0	1	3	a.	NS
Flatulencia	1	7,7	1	3	a.	NS
Dumping	2	15,4	2	6,1	a.	NS
Obstrucción intestinal	0	0	1	3	a.	NS
Alteración de las enzimas cardíacas	0	0	1	3	a.	NS
Disfagia	1	7,7	1	3	a.	NS
Peritonitis	0	0	2	6,1	a.	NS
Rotura de bazo	1	7,7	0	0	a.	NS
Hipoglucemia	1	7,7	0	0	a.	NS

a. más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.6 Comparación de las características sociodemográficas antes de la cirugía, entre los pacientes operados que siguen en consulta, frente a los que no siguen.

No se encontraron diferencias significativas.

Tabla 4.43. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, de las “características sociodemográficas”, entre los grupos estudiados.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS PRECIRUGÍA							
		SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
		n	%	n	%	Chi2	P
Sexo	Mujeres	27	77,1	60	70,6	0,534	NS
	Hombres	8	22,9	25	29,4		
Estado civil	Soltero	12	34,3	26	30,6	0,323	NS
	Casado	21	60	52	61,2		
	Separado	2	5,7	5	5,9		
	Viudo	0	0	2	2,4		
Convive con familia	propia	25	74,1	63	74,1	0,092	NS
	origen	10	28,6	22	25,9		
Pérdida afectiva		9	25,7	18	21,2	0,293	NS
Pareja		28	80	55	64,7	2,719	NS
Relación de pareja	“buena”	28	100	51	92,7	a.	NS
	“mala”	0	0	4	7,3		
Nivel de estudios	Primarios	25	71,4	57	67,1	0,227	NS
	Medios	8	22,9	22	25,9		
	Superiores	2	5,7	6	7,1		
Actividad laboral		18	51,4	57	67,1	2,584	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.7 Comparación de los Antecedentes psiquiátricos personales, entre los pacientes operados que siguen en consulta, frente a los que no siguen.

No se encontraron diferencias significativas.

Tabla 4.44. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a antecedentes psiquiátricos, entre los grupos estudiados.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES PRE CIRUGÍA						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
AP psiquiátricos	13	37,1	32	37,6	0,003	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.8 Comparación de los diagnósticos psiquiátricos personales, entre los pacientes operados que siguen en consulta, frente a los que no siguen.

No se encontraron diferencias significativas.

Tabla 4.45. Diferencias en el diagnóstico psiquiátrico, antes de la cirugía bariátrica, entre los grupos estudiados.

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Diagnóstico psiquiátrico	16	45,7	29	34,1	1,423	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.9 Comparación de los Antecedentes médicos personales, entre los pacientes operados que siguen en consulta, frente a los que no siguen.

No se encontraron diferencias significativas.

Tabla 4.46. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a antecedentes médicos, entre los grupos estudiados.

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
AP médicos	26	74,3	55	64,7	1,037	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.10.10 Comparación de los Antecedentes personales y familiares de obesidad, entre los pacientes operados que siguen, frente a los que no siguen.

Tabla 4.47.a. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a la historia de la obesidad, entre los grupos estudiados.

HISTORIA DE OBESIDAD						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	n	Chi2	P
Antecedentes de obesidad en la familia	29	82,9	63	74,1	1,059	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

Tabla 4.47.b. Diferencias antes de la cirugía bariátrica, en cuanto a la historia de la obesidad, entre los grupos estudiados.

HISTORIA DE OBESIDAD							
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)				
	ME	DE	ME	DE	Dif. ME	t	P
Edad antes de la cirugía	41,5	10,1	41,3	10,9	0,2	0,544	NS
Peso en kilogramos antes de la cirugía	132,3	21,6	134,4	23,9	-2,1	-0,646	NS
IMC antes de la cirugía	49,6	6,9	49,1	6,8	0,5	0,334	NS

4.10.11 Comparación de los hábitos alimentarios, entre los pacientes operados que siguen, frente a los que no siguen.

No se encontraron diferencias significativas.

Tabla 4.48. Diferencias antes de la cirugía, en cuanto a hábitos alimentarios, en los grupos estudiados.

HÁBITOS ALIMENTARIOS ANTES DE LA CIRUGÍA						
	SIGUEN (n35)		NO SIGUEN (n85)			
	n	%	n	%	Chi2	P
Picoteo	19	54,3	56	65,9	1,423	NS
Ingesta nocturna	5	14,3	9	10,6	a.	NS
Atracones	10	28,6	20	23,5	0,336	NS
Trastorno por atracón	8	22,9	9	10,6	a.	NS
Ingesta excesiva	15	42,9	45	52,9	1,008	NS

a. Más del 20% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Se usó el test exacto de Fisher

4.11 Estudio iii. Comparación del antes y el después de la cirugía en los pacientes operados que continúan en consulta.

4.11.1 Comparación de la conducta alimentaria antes de la cirugía (EDI-2)

Tras la cirugía, disminuyeron, de forma significativa, las puntuaciones en las escalas de “tendencia o impulsividad a la delgadez” ($p < 0,05$) e “insatisfacción corporal” ($P < 0,001$). Aumentaron las puntuaciones en las escalas de “perfeccionismo”, “conciencia interoceptiva” y “miedo a madurar”, no resultando en estos casos, significativa la diferencia.

Tabla 4.49. Comparación de la conducta alimentaria, antes y después de la cirugía bariátrica.

CONDUCTA ALIMENTARIA							
	PRE CIRUGÍA (n35)		POST CIRUGÍA (n35)		DIF. Media	t	P
	Media	DE	Media	DE			
Tendencia a la Delgadez	10,4	4,9	8,3	5,2	2,1	2,180	<0,05
Bulimia	1,4	2,2	1,1	2,6	0,3	0,796	NS
Insatisfacción corporal	17,1	6,4	7,1	7,4	10,1	7,207	<0,001
Ineficacia	5,8	6,5	4,5	5,8	1,3	1,313	NS
Perfeccionismo	3,9	3,8	4,7	4,5	-0,8	0,201	NS
Desconfianza interpersonal	3,7	2,8	3,5	3,4	0,2	0,403	NS
Conciencia interoceptiva	4,9	5,4	5,4	4,6	-0,5	-0,794	NS
Miedo a madurar	5,1	3,1	5,6	3,5	-0,5	-0,776	NS
Ascetismo	4,1	3,6	3,9	3,1	0,3	0,472	NS
Regulación de la impulsividad	3,4	4,8	2,9	4,2	0,5	0,696	NS
Inseguridad social	3,9	4,4	3,7	4,9	0,1	0,209	NS

4.11.2 Comparación de la calidad de vida antes de la cirugía (WQHOOL-BREF)

La calidad de vida mejoró en todos los aspectos tras la operación, con resultados significativos.

Tabla 4.50. Comparación de la calidad de vida, antes y después de la cirugía bariátrica.

CALIDAD DE VIDA							
	PRE CIRUGÍA (n35)		POST CIRUGÍA (n35)		DIF. Media	t	P
	Media	DE	Media	DE			
Salud Física	37,6	19,9	60,6	17,6	-23,0	-5,921	<0,001
Salud Psicológica	50,2	20,3	64,6	23,1	-14,4	-3,545	0,001
Relaciones Sociales	60,9	22,3	76,7	22,6	-15,7	-4,046	<0,001
Ambiente	62,9	17,5	71,2	16,1	-8,4	-3,100	<0,01

4.11.3 Comparación de los rasgos de personalidad antes de la cirugía (SCID-II)

Tras la cirugía, disminuyó de forma significativa, la puntuación en los rasgos de personalidad depresivos ($p < 0.05$).

Tabla 4.51. Comparación de los rasgos de personalidad, antes y después de la cirugía bariátrica.

PERSONALIDAD							
	PRE CIRUGÍA (n35)		POST CIRUGIA (n35)		DIF. Media	t	P
	Media	DE	Media	DE			
Evitación	1,7	1,9	2,1	2,1	-0,4	-1,520	NS
Dependencia	1,4	1,6	1,9	1,9	-0,5	-1,931	NS
Obsesivo	2,6	2,3	2,8	2,3	-0,2	-0,737	NS
Pasivo-Agresivo	1,8	1,8	1,9	2,1	-0,1	-0,635	NS
Depresivo	2,3	2,3	1,5	1,7	0,8	2,660	<0,05
Paranoide	1,8	2,3	1,8	2,3	0,1	0,387	NS
Esquizotípico	1,4	1,4	1,8	2,0	-0,5	-1,825	NS
Esquizoide	1,5	1,1	1,2	1,2	0,3	1,435	NS
Histriónico	0,8	0,8	0,8	0,7	0,1	0,373	NS
Narcisista	2,7	2,3	3,1	2,4	-0,4	-1,571	NS
Límite	2,5	3,1	2,7	3,6	-0,3	-0,704	NS
Disocial	1,3	2,3	0,8	1,1	0,6	1,720	NS

4.11.4 Comparación del malestar psicológico antes de la cirugía (SCL-90-r).

No se encontraron diferencias significativas, aunque las puntuaciones disminuyeron, en todas las escalas, tras la cirugía bariátrica.

Tabla 4.52. Comparación del malestar psicológico, antes y después de la cirugía bariátrica.

MALESTAR PSICOLÓGICO							
	PRE CIRUGÍA (n35)		POS CIRUGÍA (n35)				
	Media	DE	Media	DE	DIF Media	t	P
Obsesión/compulsión	1,1	0,9	0,9	0,9	0,2	1,239	NS
Ansiedad	0,9	0,8	0,8	0,9	0,1	0,429	NS
Depresión	1,5	1,1	1,3	1,2	0,2	1,148	NS
Sensitividad	0,9	0,9	0,7	0,8	0,2	1,734	NS
Hostilidad	0,7	1,4	0,4	0,5	0,3	1,122	NS
Ansiedad Fóbica	0,4	0,6	0,3	0,4	0,1	1,546	NS
Ideación Paranoide	0,8	1,5	0,5	0,6	0,3	1,244	NS
Psicoticismo	0,8	1,1	0,5	0,6	0,3	1,533	NS
Somatización	1,7	1,1	1,4	1,2	0,3	1,435	NS
GSI	0,9	0,6	0,8	0,7	0,1	1,538	NS

Las siguientes tablas sintetizan los resultados obtenidos en el estudio I, II y III.

Tabla 4.53.a. Resultados de los Estudios I, II, III

Aspecto estudiado	ESTUDIO I	ESTUDIO II	ESTUDIO III
	Operados vs No operados	Seguimiento Vs No seguimiento	Precirugía Vs Poscirugía
Variables sociodemográficas	<i>No Dif. Signif.</i>	<i>No Dif. Signif.</i>	<i>No Dif. Signif.</i>
Personalidad (SCID-II)	Rasgos obsesivos OP<NOP	Rasgos evitativos NOS>SIS Rasgos esquizotípicos NOS>SIS Rasgos histriónicos NOS>SIS Rasgos narcisistas NOS>SIS	
	<i>No Dif. Signif. en el resto de subescalas (*)</i>	<i>No Dif. Signif. en el resto de subescalas (*)</i>	<i>No Dif. Signif.</i>

*: Se realiza la comparación en base a los cuestionarios realizados antes de la cirugía bariátrica.

PRE: precirugía; POS: poscirugía; SIS: seguimiento; NOS: no seguimiento; OP: operados; NOP: no operados; No Dif. Signif: No se encontraron diferencias significativas; MMII: miembros inferiores.

Tabla 4.53.b. Resultados de los Estudios I, II, III

Aspecto estudiado	ESTUDIO I	ESTUDIO II	ESTUDIO III
	Operados vs No operados	Seguimiento Vs No seguimiento	Precirugía Vs Poscirugía
Malestar psicológico (SCL-90-R)	No Dif. Signif. (*)	No Dif. Signif. (*)	No Dif. Signif.
Conducta alimentaria (EDI-2)	Desconfianza interpersonal NOP>SIP Regulación de la impulsividad NOP>SIP No Dif. Signif. en el resto de subescalas (*)	Insatisfacción corporal NOS>SIS Ascetismo NOS>SIS Bulimia NOS>SIS Miedo a madurar NOS>SIS No Dif. Signif. en el resto de subescalas (*)	Insatisfacción corporal PRE>POS No Dif. Signif. en el resto de subescalas

*: Se realiza la comparación en base a los cuestionarios realizados antes de la cirugía bariátrica. PRE: precirugía; POS: poscirugía; SIS: seguimiento; NOS: no seguimiento; OP: operados; NOP: no operados; No Dif. Signif: No se encontraron diferencias significativas; MMII: miembros inferiores.

Tabla 4.53.c. Resultados de los Estudios I, II, III

Aspecto estudiado	ESTUDIO I	ESTUDIO II	ESTUDIO III
	Operados vs No operados	Seguimiento Vs No seguimiento	Precirugía Vs Poscirugía
Calidad de vida (WHOQOL-BREF)	Dominio Físico OP<NOP No Dif. Signif. en el resto de subescalas (*)	Dominio Físico NOS<SIS Dominio Psicol. NOS<SIS Dominio Social NOS<SIS Dominio Entorno NOS<SIS No Dif. Signif. en el resto de subescalas (*)	Dominio Físico PRE<POS Dominio Psicol. PRE<POS Dominio Social PRE<POS Dominio Entorno PRE<POS

*: Se realiza la comparación en base a los cuestionarios realizados antes de la cirugía bariátrica. PRE: precirugía; POS: poscirugía; SIS: seguimiento; NOS: no seguimiento; OP: operados; NOP: no operados; No Dif. Signif: No se encontraron diferencias significativas; MMII: miembros inferiores.

Tabla 4.53.d. Resultados de los Estudios I, II, III

Aspecto estudiado	ESTUDIO I	ESTUDIO II	ESTUDIO III
	Operados vs No operados	Seguimiento Vs No seguimiento	Precirugía Vs Poscirugía
Estado actual (Encuesta Ad Hoc)	Realizan Dieta (%)	Realizan Dieta (%)	Ver Estudio I y II
	No Dif. Signif.	NOS>SIS	
	Disminuyen picoteo (%)	Disminuyen picoteo (%)	
	OP>NOP	NOS>SIS	
	Consumen alcohol (%)	Consumen alcohol (%)	
	OP>NOP	NOS>SIS	
	Mejora física (%)	Flacidez MMII (%)	
	OP>NOP	NOS>SIS	
	Mejora laboral (%)	Mejora física (%)	
	OP>NOP	NOS>SIS	
	Mejora sexual (%)	Mejora laboral (%)	
	OP>NOP	NOS>SIS	
	Mejoría mixta (%)	Mejora sexual (%)	
	NOP>OP	NOS>SIS	
	Mejora anímica (%)	Mejora mixta (%)	
	OP>NOP	NOS<SIS	
	Mejora ansiedad (%)		
	OP>NOP		
	Mejora conducta alimentaria (picoteo, atracones, ingesta excesiva)		
	OP>NOP		
	Mejoría social (%)		
	OP>NOP		
	Mejoría económica (%)		
	OP>NOP		
	Agilidad (%)		
	OP>NOP		
	Reducen medicación (%)		
	OP>NOP		
	Control 1 FRCV (%)		
	OP>NOP		
	Control 2 FRCV (%)		
	OP>NOP		
	No Dif. Signif. en el resto de aspectos estudiados	No Dif. Signif. en el resto de aspectos estudiados	

*: Se realiza la comparación en base a los cuestionarios realizados antes de la cirugía bariátrica.
 PRE: precirugía; POS: poscirugía; SIS: seguimiento; NOS: no seguimiento; OP: operados; NOP: no operados; No Dif. Signif: No se encontraron diferencias significativas; MMII: miembros inferiores.

Tabla 4.53.e. Resultados de los Estudios I, II, III

Aspecto estudiado	ESTUDIO I	ESTUDIO II	ESTUDIO III
	Operados vs No operados	Seguimiento Vs No seguimiento	Precirugía Vs Poscirugía
Satisfacción con el proceso asistencial (Encuesta <i>Ad Hoc</i>)	Satisfacción Global OP>NOP Asociación significativa: Apoyo familiar Relaciones sociales Mejora conducta alimentaria (atracones)	<i>No Dif. Signif.</i>	Ver Estudio I y II

*: Se realiza la comparación en base a los cuestionarios realizados antes de la cirugía bariátrica.

PRE: precirugía; POS: poscirugía; SIS: seguimiento; NOS: no seguimiento; OP: operados; NOP: no operados; No Dif. Signif: No se encontraron diferencias significativas; MMII: miembros inferiores.

5. DISCUSIÓN

Características generales de los pacientes con obesidad mórbida.

La muestra estaba compuesta por doscientos sesenta y dos pacientes, 187 mujeres, y 75 hombres, de edad media en su mayoría, casados, con buena relación conyugal, con estudios primarios y en situación laboral activa.

La prevalencia de obesidad mórbida encontrada en nuestra muestra coincide con la de otras investigaciones, como la de Montt S D. y col. (2005).

Nuestro estudio observa un porcentaje elevado de obesidad mórbida, tanto en hombres como en mujeres. Este incremento de la prevalencia de obesidad y especialmente de la obesidad mórbida, se corrobora mediante el análisis llevado a cabo a través de los datos recogidos a lo largo de los años en las encuestas nacionales de salud (Basterra-Gortari y cols., 2011).

El hecho de que la obesidad mórbida predomine en mujeres es un dato que se confirma en otros estudios (Flegal, 2010). La obesidad en la mujer se asocia a eventos vitales, como el embarazo, complicaciones durante la gestación tales como diabetes o preeclampsia, parto pos término, menopausia, tratamiento hormonal sustitutivo y otras circunstancias, que pueden apoyar la mayor prevalencia de obesidad mórbida en el sexo femenino (Cedergren, 2004).

El análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Salud (Gutiérrez-Fisac y col., 2005) refleja un aumento en la prevalencia de obesidad, más acusado en las personas con menor nivel educativo. El motivo por el que los factores socioeconómicos se asocian al peso no se entiende del todo, aunque se ha visto que unos niveles mejores en este sentido podrían asociarse a unos mejores recursos para combatir la obesidad, pues una mejor cultura permite entender los riesgos que la obesidad conlleva sobre la salud y la manera de combatirlos. De esta forma, una persona con un mayor nivel socioeconómico podría tener más tiempo para realizar alguna actividad física o incluso podría permitirse pagar un entrenador. Una mayor accesibilidad a los alimentos podría relacionarse con tener la posibilidad de escoger aquéllos que fueran equilibrados, a fin de componer una dieta rica y variada. A veces, los alimentos más saludables son más caros y no están al alcance de todos (Sobal, 1989).

Comorbilidad psiquiátrica

Los antecedentes psiquiátricos se detectaron en el 41,6%, predominando los cuadros afectivos (55%). En el momento del estudio, el 38,2% de los pacientes tenía diagnóstico psiquiátrico, prevaleciendo los cuadros afectivos en el 60% de los casos. Estos resultados van en consonancia con otros estudios, como los de Sarwer y col. (2005) o el de Montt y col. (2005). La prevalencia de comorbilidad psiquiátrica es similar a la encontrada en el estudio de Sánchez Zaldívar, en 2009 (41,6 versus 44,4%). En los estudios donde se han aplicado escalas de depresión se ha encontrado una mayor frecuencia de obesidad asociada con trastornos afectivos, en especial en las mujeres (Roberts, 2003). La obesidad se asocia con una peor imagen corporal asociada a insatisfacción (Levine, 2002). A menudo, a las personas con obesidad se les atribuyen rasgos de personalidad negativos, como ser una persona con poco éxito o más perezosa (Brehm, 2002). Todo esto favorece el estigma social y un estado de ánimo más deprimido para la persona con obesidad (Sobal, 1984).

Comorbilidad médica

La prevalencia de antecedentes médicos fue del 73,7%, describiéndose con más frecuencia hipertensión arterial (27,9) %, diabetes mellitus (19,1%) y patología osteomuscular (19,8%), cifras más elevadas que en la población general, según los datos de la Encuesta Española de Salud de 2009. La prevalencia en nuestro estudio de antecedentes médicos es similar a la encontrada en la investigación de Sánchez Zaldívar (73,7% versus 61,9%). Las valoraciones de las implicaciones de la obesidad sobre la salud han concluido que ésta es un factor de riesgo para un amplio número de enfermedades, incluyendo hipertensión, diabetes y muchas otras enfermedades crónicas (Encuesta Europea de Salud en España, 2009).

Un estudio de Bout-Tabaku y cols. (2015) revela cómo los pacientes con obesidad mórbida tienen dolor osteomuscular, que limita su función física y calidad de vida. La pérdida de peso tras la cirugía bariátrica revierte el dolor y limitaciones funcionales físicas, y mejora la calidad de vida.

Historia de la obesidad

El 24,4% de los pacientes estudiados asoció el inicio de la obesidad con algún tipo de pérdida afectiva, fundamentalmente por fallecimiento (70,3%). Una hipótesis a considerar en este sentido es que los pacientes con obesidad pueden adquirir conductas alimentarias disfuncionales con el fin de intentar resolver sus problemas emocionales, lo cual favorece el aumento de peso y genera un círculo vicioso. Stunkard sugiere que estas características permanecen consistentes a lo largo de episodios de depresión en el mismo individuo con obesidad (Matza, 2003). Otras pérdidas afectivas pueden hacer que el tratamiento de la obesidad fracase, como en el caso de un cambio de trabajo, problemas económicos, o la enfermedad de algún familiar, también manifestadas en el presente estudio (Stunkard, 1996).

En un 1,5% de los casos, la obesidad se asoció al tratamiento farmacológico. Otras causas detectadas de obesidad fueron la historia de embarazos o partos (19,5%), y los antecedentes de enfermedad (7,6%). Es frecuente observar que las mujeres incrementan su peso a medida que aumenta su número de embarazos, lo cual puede ser explicado por mecanismos como los cambios hormonales o la edad de la mujer (Arroyo, 1995).

El inicio de la obesidad se asocia fundamentalmente a la infancia (en el 38,5% de los casos); en el 20,6% de los casos, el inicio fue en la adolescencia, y en el 12,2% en el adulto joven. También encontramos estos datos en los estudios de Montt y col (2005). Sin embargo, las prevalencias en el presente estudio son inferiores a las encontradas por otros autores, como Aranceta y colaboradores (2007), si bien es cierto, continúa siendo la infancia el periodo etario predominante para el inicio de la obesidad, seguido de la adolescencia y de la edad adulta. El comienzo de la obesidad en los primeros años de vida está asociado a factores como los cambios en el estilo de vida que ha experimentado nuestra sociedad, con dietas energéticas y sedentarismo, así como por la enseñanza que se recibe en los primeros años a través del ambiente que rodean al niño o al adolescente: familia, colegio y entorno general.

El 74,4% de los pacientes estudiados refirió tener antecedentes de obesidad en miembros familiares de primer grado, resultado similar al estudio de Sánchez Zaldívar en 2009 (74,4% versus 63,9%), hallazgo que apoya la relevancia del componente genético en la obesidad (Stunkard 1986, Allison 1996). Se calcula que entre el 40 y el 75% de la variación en el Índice de Masa Corporal se puede atribuir a factores genéticos. Sin embargo, es necesario tener en cuenta la evidencia de que el hambre evita la obesidad, aun en las personas con gran carga genética, se muestra a favor del factor ambiental de la obesidad, en su origen y desarrollo (Barceló 2001), por lo que es importante ser conscientes de que a pesar de poder tener una determinada susceptibilidad genética, existen factores que podemos modificar para prevenir que la enfermedad aparezca, como es el estilo de vida.

Los candidatos a cirugía bariátrica, describieron como motivación principal (63,4%) para ser intervenidos, el obtener una mejora tanto a nivel físico como psicológico, lo que muestra que el paciente puede ver la alternativa quirúrgica como parte del tratamiento médico de la obesidad, y no como una solución estética. A menudo, a las personas con obesidad se les atribuyen rasgos de personalidad negativos, como ser una persona con poco éxito o más perezosa (Brehm, 2002). Por esto, nuestros pacientes pueden buscar ayuda a través de la cirugía, pues una mejor imagen corporal

mejoraría sus relaciones sociales (Mendelson & Jackson, 2002), su autoestima y autoconcepto (Brehm, 2005).

El peso medio, en kilogramos, antes de la cirugía, fue de 132,9+- 23,8. El peso mínimo fue de 82 kg, y el máximo de 215. La media del Índice de Masa Corporal (IMC), antes de la cirugía, fue de 48,9+- 7,5. El IMC mínimo fue de 35,9, y el máximo, de 98,8, detectándose la presencia de súper obesos (IMC igual superior a 50) en el 8,4% de los casos. El IMC medio, a los 6 meses tras la intervención quirúrgica, fue de 34,5+-8,8. Estos datos coinciden con los de otros estudios, como la revisión llevada a cabo por Buchwald y cols. en 2004, en la que los candidatos a cirugía bariátrica tenían un índice de masa corporal medio de 46,9. En cuanto al IMC medio tras la cirugía, el estudio de Stoeckeli y cols., de 2012, encontró valores a los seis meses de 43,6 +-2,0 con la técnica de bypass gástrico en Y de Roux, pareciéndose más a nuestros valores cuando volvían a calcular este índice a los 24 meses (32,9+-3,0). En nuestro estudio, la técnica quirúrgica más empleada fue la técnica de Carbajo, que es también una técnica mixta, como el bypass gástrico en Y de Roux, combinando mecanismos restrictivos y malabsortivos, por lo que se consigue una importante pérdida de peso, que se suele mantener a largo plazo.

Se investigaron los hábitos alimentarios en la población de estudio, detectándose: conducta de “picoteo” en el 59,2% de los casos, prevalencia similar a la encontrada en los estudios de Irarrázabal, en 2003 (59,2% versus 42%); ingesta en grandes cantidades en el 45,4%; también similar a lo encontrado por Irarrázabal (45,4% versus 54%); ingesta nocturna en el 11,5%; “atracones” en el 21,8%. El 11,5% de los pacientes cumplían criterios en el DSM para definir la conducta como “Trastorno por Atracón” (Binge Eating Disorder) (Amianto, 2015). La prevalencia del síndrome del comedor nocturno se ha detectado en candidatos a cirugía bariátrica entre el 10 y el 42% (41,42), datos coincidentes con los del presente estudio. También son similares los resultados encontrados en la literatura en cuanto al porcentaje encontrado de pacientes con atracones (21,8% frente al 29% encontrado en los estudios de Arias en 2006) y al porcentaje de pacientes diagnosticados de trastorno por atracón (11,5% frente al 7,5% hallado en el estudio de Ricca en el año 2000).

Las principales causas de no operarse fueron: el miedo a la cirugía, la decisión del paciente de continuar con dieta y ejercicio para lograr la pérdida ponderal, y el criterio médico, por parte de los otros especialistas, de no llevar a término la operación, por riesgo mortal en el quirófano.

Las principales causas de no continuar en seguimiento en nuestras consultas, tras la operación, fueron: el olvido o descuido referido por parte del paciente, el alta médica, o no haber transcurridos seis meses tras la cirugía bariátrica. En ninguno de los estudios llevados a cabo, se encontraron diferencias significativas en cuanto a características sociodemográficas.

Calidad de vida y obesidad mórbida.

El deterioro de este parámetro en los pacientes con obesidad mórbida se ha relacionado con el exceso de peso (Lang, 2000), de forma que tras la cirugía y consiguiente pérdida de peso se consigue una mejoría de la misma.

Los pacientes con obesidad mórbida tienen un importante deterioro en su calidad de vida debido al gran número de limitaciones físicas que padecen. En este sentido, se ha descrito que presentan

respiración entrecortada, trastornos del sueño, hiperfagia, deterioro de las relaciones sexuales y limitaciones en la deambulación. Este tipo de disfunciones se han relacionado con el exceso de peso de los pacientes, por lo que tras la cirugía y consiguiente pérdida de peso se mejoran dichas funciones fisiológicas, con una mejoría en la calidad de vida (Lang, 2000; Guisado, 2001, 2002). En nuestro estudio, los candidatos a cirugía bariátrica presentaban peor calidad de vida, en el WHOQOL-BREF, en cuanto a salud física y psicológica.

En un estudio de 2014, llevado a cabo por el Grupo de Trabajo de Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GOSEEN), los resultados mostraron que la obesidad producía deterioro de la calidad de vida en todos los ítems en comparación con los pacientes no obesos. Pero al comparar los resultados en función del origen de los individuos obesos, la puntuación total fue peor en los españoles respecto a los americanos, y más específicamente en los dominios de función física, vida sexual y trabajo. El estudio concluye con la hipótesis de que el hecho de que los pacientes con obesidad españoles perciban peor calidad de vida a igual IMC que sus homólogos norteamericanos, puede estar en relación con la menor duración de la existencia de la epidemia de obesidad en nuestro país respecto a Estados Unidos (Caixàs, 2014).

ESTUDIO I. En el presente estudio hubo significativamente más pacientes operados que manifestaron una mejora en su calidad de vida, tras el proceso asistencial, frente a los no operados. Nuestros resultados son acordes con otras investigaciones, que encuentran también resultados positivos en la calidad de vida tras la cirugía bariátrica (Alcaraz García, 2015; Bout-Tabaku, 2015). Antes de la cirugía, los pacientes que no se operaron finalmente tenían mejor calidad de vida en cuanto a salud física, psicológica y social, con diferencias estadísticamente significativas en la salud física, frente a los que sí se operaron. El porcentaje de pacientes que describió mejorar su salud física tras la intervención resultó significativamente mayor en los operados. Lo mismo ocurrió en cuanto a mejoras a nivel laboral, económico, social y sexual. Muchos son los estudios que corroboran una mejora en la salud social y sexual de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica (Modesto, 2002; Guisado, 2002). Respecto a las mejoras a nivel laboral, algunos estudios hacen referencia a la correlación existente con la mejoría a nivel de ánimo y ansiedad en los pacientes operados de cirugía bariátrica (Sockalingam, 2015). Encontramos más pacientes operados con mejoras en uno o dos factores de riesgo cardiovascular, y que lograron reducir la medicación tras la cirugía, así como referir mayor agilidad que aquéllos que no se operaron. Estos hallazgos son consistentes con los de otros estudios, que también encontraron una disminución en el número de eventos cardiovasculares (Sjöström, 2012; Piché, 2015). En un estudio de Ramos-Levi y cols. (2013), el porcentaje de pérdida de peso y la pérdida de exceso de peso en porcentaje se asociaron a la remisión de diabetes tipo 2. Un estudio de 2013 comparó los resultados de la cirugía bariátrica frente al tratamiento conservador, encontrando una mayor remisión significativa en cuanto a diabetes y síndrome metabólico en el tratamiento quirúrgico (Viktorial, 2013). En otro estudio de 2011 se encontraron diferencias significativas entre el tratamiento quirúrgico y conservador, pues las cifras de tensión arterial se lograron controlar mejor en los pacientes que se intervinieron de cirugía bariátrica (Martins, 2011). En nuestro estudio las complicaciones más frecuentes referidas tras la cirugía fueron: hernia incisional, síndrome de dumping, anemia, malabsorción, vómitos y diarrea. Todas estas complicaciones han

sido descritas en la literatura. La mayoría de los pacientes experimentan alivio de los síntomas con el tiempo y con los cambios en la dieta y los hábitos alimentarios. Además, la evaluación del paciente y el fármaco o intervención quirúrgica pueden ser relevantes para algunos individuos (Mala, 2015; Acquafresca, 2015).

El porcentaje de pacientes operados cuya familia estaba de acuerdo con la intervención fue significativamente mayor que el de los pacientes que no se operaron. En este sentido, encontramos estudios que evidencian una mejora en los resultados del proceso de obesidad mórbida cuando se combina la cirugía bariátrica con el enfoque familiar (Vidot, 2015). La familia es el contexto social donde las personas aprenden el modo de alimentarse. Es importante valorar la dinámica familiar, las actitudes y conductas relacionadas con el peso y con la imagen corporal, así como los hábitos alimenticios. Esta información aportaría datos para predecir la buena o mala evolución tras la intervención quirúrgica. Un entorno familiar claramente desfavorable podría suponer un fracaso tras la cirugía (Vázquez Arévalo, 1997; Rubio, 2004; Pérez Blanco, 2004).

ESTUDIO II. Tras la cirugía, los pacientes que siguieron en consulta, mejoraron de forma significativa en todos los aspectos relacionados con la calidad de vida, pero fueron más los pacientes que no siguieron en consulta que informaron de una mejoría en cuanto a salud física, laboral y sexual. En cambio, los pacientes que siguieron en consulta informaron con más frecuencia de una mejoría no sólo física, sino también psicológica, encontrando en este sentido, estudios que apoyan el seguimiento posterior a la cirugía bariátrica para conseguir mejoras a nivel psicológico (Martini y cols., 2014). Está demostrado que la cirugía bariátrica consigue una reducción ponderal en los pacientes con obesidad mórbida, y por consiguiente de las comorbilidades asociadas. Sin embargo, estos resultados, que podrían ser satisfactorios para el médico, a veces no son los únicos resultados deseados por el paciente, quien tiene, además, necesidades sociales, culturales y psicológicas. Este desencuentro entre lo esperado y lo alcanzado hace difícil la aceptación y el compromiso con los cambios propuestos hacia hábitos de vida más saludables y con el seguimiento posterior a la cirugía bariátrica, tal como la evidencia muestra (Dalla, 2005). Los pacientes que abandonaron el estudio tras la intervención, presentaban, antes de la cirugía, mayor deterioro en las áreas de las relaciones sociales, la salud física y psicológica, no obteniendo, sin embargo, resultados significativos en ninguna de las áreas de la escala WQHOOL-BREF.

ESTUDIO III. Se encontraron diferencias significativas en todas las escalas del WHOQOL-BREF en los pacientes operados cuando se comparó la calidad de vida antes y después de la cirugía bariátrica. En un estudio que comparó la situación antes de la cirugía bariátrica y un año después de ésta, se aplicaron cuestionarios sobre conducta sexual que evaluaban la frecuencia en la actividad sexual, orgasmo, imagen corporal, número de parejas, problemas sexuales y masturbación. De acuerdo con lo expresado por los pacientes, 64% tenían relaciones sexuales insatisfactorias antes de la cirugía, proporción que se redujo a 46% después de la cirugía. Además, tras la reducción de peso se registró un incremento en la incidencia de los orgasmos, que pasaron de 25 a 39% (Camps, 1996).

A la vista de los resultados, se puede concluir que la cirugía mejora de forma global la calidad de vida de los pacientes que se operan y que el seguimiento posterior en las consultas logra mejoras aún mayores en este sentido.

Conducta alimentaria y obesidad mórbida.

Los candidatos a cirugía bariátrica puntuaron alto en EDI-2 en las escalas de tendencia a la delgadez e insatisfacción corporal, tal como encuentran otros investigadores (Ramacciotti, 2008). Es importante destacar que estos ítems también se encuentran en pacientes con anorexia nerviosa (Behar, 2005), por lo que no podemos atribuirlos como características específicas de los pacientes con obesidad.

ESTUDIO I. Antes de la cirugía, los pacientes operados puntuaron más bajo, respecto a los que no se operaron, en todas las escalas relacionadas con la conducta alimentaria, resultando significativa la diferencia en cuanto a “desconfianza interpersonal” y “regulación de la impulsividad”. Estos resultados coinciden con los de Carretero García y cols. (2009) que encontraron alteración en la conducta alimentaria de los enfermos que son intervenidos quirúrgicamente, los cuales estarían en riesgo de tener un pobre resultado tras la cirugía bariátrica. En el caso de los pacientes operados, fue significativamente mayor el porcentaje de pacientes que disminuyó la conducta de “picoteo”, “atracones”, e “ingesta excesiva”, que los pacientes que no se operaron. En cambio, confesaron consumir alcohol, de forma más frecuente. El abuso de alcohol podría tener que ver con una estrategia para resolver el problema con la insatisfacción corporal que presentan estos pacientes, de forma que corrigen muchos aspectos de la conducta alimentaria, pero podrían substituir este comportamiento aumentando el consumo de tóxicos, tal como refieren otros estudios al respecto (Ortega y cols., 2012).

ESTUDIO II. Los pacientes operados que no siguieron en consulta puntuaban significativamente más alto en la escala de “ascetismo”, “bulimia”, “insatisfacción corporal”, y “miedo a madurar”. En cuanto a imagen corporal, los pacientes operados referían en bastantes ocasiones continuar insatisfechos con su imagen corporal, debido a la flacidez en regiones corporales tales como abdomen, tórax, miembros superiores, miembros inferiores, y mamas. Estos colgajos les producían sentimientos de vergüenza, no logrando mejorar muchas veces su autoimagen, y deseando someterse a cirugía reparadora para corregir la flacidez. Teniendo en cuenta que la imagen corporal influye en la autoestima y en las relaciones sociales (Mendelson & Jackson, 2002; Brehm, 2005), si la cirugía no logra en determinados casos mejorar la satisfacción corporal, quizás habría que abordar el tema de la imagen corporal, la autoestima, el autoconcepto, y el estigma social desde el inicio del proceso asistencial, y lograr otro tipo de recursos para que el paciente se sintiera más adaptado a nivel social, como la expresión de emociones, la asertividad, o la resolución de conflictos. En el caso de los pacientes que no siguieron en consulta, fue significativamente mayor el porcentaje de flacidez en miembros inferiores que en los que continuaron el estudio. En relación a los hábitos alimentarios, más pacientes que no siguieron en consulta tras ser operados manifestaron estar realizando algún tipo de dieta, así como disminuir las conductas de “picoteo”, “ingesta nocturna” e “ingesta excesiva”, que aquéllos que continuaron en seguimiento, con resultados significativos en la conducta de “picoteo” y en la realización de dieta; sin embargo, confesaban más veces consumo de alcohol. Existen estudios

que muestran una mejora en las conductas alimentarias, como la de “picoteo”, tras la cirugía bariátrica, y lo relacionan con el uso de tratamiento, con fármacos del tipo de ziprasidona o lorazepam, así como con el refuerzo mediante la terapia comportamental (Tabaac, 2015). La reducción de peso con fluoxetina se suele conseguir alrededor de la 20 semana de tratamiento, y se atribuye al incremento del impulso vital y a la disminución de la apetencia por los hidratos de carbono, así como a la mejoría de ánimo y al efecto ansiolítico, lo que condiciona el mejor apego a los planes de alimentación y un posible incremento de la actividad física (Goldstein, 1994). El hecho de que el paciente operado mejore en ciertas conductas de alimentación, a pesar de no seguir en tratamiento tras la cirugía, puede tener que ver con el trabajo realizado en las terapias de grupo llevadas a cabo antes de la intervención, la reestructuración cognitiva y la psicoeducación, así como el refuerzo de conductas positivas. La psicoterapia beneficiaría a los candidatos a cirugía bariátrica induciendo un aprendizaje en el control de impulsos, un cambio en el estilo de vida, una mejora en la concepción de la imagen corporal, y al mantenimiento de las conductas saludables (Karasu, 2013). Existen estudios que demuestran que la eficacia del tratamiento quirúrgico está en conexión con el cambio permanente de los hábitos alimentarios y el estilo de vida anterior del paciente. La modificación en la nutrición, independientemente del tipo de técnica quirúrgica usada, debe incluir la reducción de los alimentos con alto valor energético y el cambio en la cantidad, tipo y consistencia de los alimentos consumidos. El tratamiento nutricional después de la cirugía bariátrica tiene varias etapas. El cambio progresivo en la dieta protege el tracto gastrointestinal de la irritación química, mecánica y térmica por la comida. También se deben evitar las deficiencias nutricionales, proporcionando las cantidades adecuadas de proteínas y la administración de suplementos de vitaminas y minerales (Jastrzebska-Mierzynska, 2015). Un aspecto que resulta interesante en los pacientes que no continuaron el seguimiento en consultas es que manifieste consumo activo de alcohol. Esto podría estar asociado a los rasgos de personalidad evitativos encontrados en estos pacientes (Mauri, 2008).

ESTUDIO III. Los pacientes que siguieron en consulta disminuyeron, de forma significativa, las puntuaciones en las escalas de “tendencia a la delgadez” e “insatisfacción corporal” cuando se compararon los resultados antes y después de la cirugía bariátrica. Nuestros resultados coinciden con los de Martini y cols. (2014). Aumentaron las puntuaciones en las escalas de “perfeccionismo”, “conciencia interoceptiva” y “miedo a madurar”, no resultando en estos últimos casos significativa la diferencia. Existen estudios, como el de Melero y cols. (2014), que tampoco encontraron una mejora en escalas como la de “perfeccionismo”, lo cual podría tener que ver con un deseo del sujeto de no volver al estado anterior a la cirugía.

Psicopatología y obesidad mórbida.

Parecen existir factores de comportamiento y personalidad que determinan la ingesta alimentaria. Identificar estos patrones es importante en la evaluación psiquiátrica para conseguir un buen resultado tras la cirugía. La literatura muestra mayores tasas de malestar psicológico entre pacientes con obesidad mórbida (Guisado y cols., 2002). En nuestro caso, los candidatos a cirugía bariátrica puntuaron más alto en las escalas de depresión y somatización, en el SCL-90-R, lo cual coincide con los resultados que encontraron autores como Guisado en 2002 o Beutel y colaboradores en 2006. El ítem de somatización está referido a los malestares que surgen de la percepción de disfunciones

corporales cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias y de otros sistemas. Incluye cefalea, dolor muscular y otras manifestaciones que podrían explicarse por la sintomatología ansiosa que presentan los pacientes con obesidad.

ESTUDIO I. En el presente estudio, los pacientes operados puntuaron más que los no intervenidos, antes de la cirugía, en sintomatología “obsesivo-compulsiva”, “hostilidad” e “ideación paranoide”, no resultando estadísticamente significativa la diferencia. El porcentaje de pacientes con miedo al proceso quirúrgico fue significativamente mayor en los pacientes no operados. Estos hallazgos irían en la dirección de dependencia, inmadurez y miedo a crecer descritos en la población con obesidad mórbida, ya estudiado por autores como Guisado y Vaz (2002). El número de pacientes que manifestó sentirse capaz de hacer frente al proceso asistencial de obesidad mórbida tras la consulta fue significativamente mayor en los operados que en los no operados. La mejoría anímica, tras la operación, se percibió más frecuentemente en los pacientes operados. Sucedió lo mismo en cuanto a los niveles de ansiedad. Estos mismos resultados se encuentran en la literatura, en estudios como los de Modesto y col. (2002). Si es cierto que los pacientes operados manifestaban, de forma más frecuente, una mejora física respecto a los no operados, estos últimos, manifestaron sentirse con mejoría tanto física como psicológica tras el proceso de obesidad, resultando esta diferencia significativa. Esta mejora a nivel tanto físico como psicológico, a pesar de no ser operados, podría tener que ver con otras alternativas a la cirugía, como la realización de técnicas endoscópicas, el tratamiento farmacológico usado, o la realización de dieta y ejercicio, así como el momento vital en el que se encuentre el sujeto.

ESTUDIO II. No se encontraron diferencias significativas, en cuanto a malestar psicológico, antes de la cirugía, en la escala SCL-90-R, entre los pacientes operados, según continuaran o no en seguimiento, tras la cirugía bariátrica.

ESTUDIO III. No se encontraron diferencias significativas, antes y después de la cirugía, en cuanto a malestar psicológico, en la escala SCL-90-R, en los pacientes operados que continuaron el seguimiento.

Personalidad y obesidad mórbida.

Un estudio de Guisado y cols. (2002), consistió en analizar los rasgos de personalidad y malestar psicológico. Demostró que las personas con obesidad mórbida después de la cirugía bariátrica mostraban una asociación entre las diferentes dimensiones de la personalidad y los amplios grupos de síntomas psicopatológicos.

En nuestro caso, encontramos puntuaciones elevadas en la SCID-II en rasgos obsesivos, narcisistas y límites. Se encontró una incidencia elevada de trastorno límite de personalidad en los pacientes con obesidad, situación que puede incrementar la asociación entre obesidad y depresión (Sansone,

1996). Personalidades anancásticas se encontraron en el estudio de Guisado y col. en 2001. (Guisado, 2001).

ESTUDIO I. Los pacientes no operados puntuaron más alto en rasgos de personalidad obsesiva. Los estudios que relacionan obesidad mórbida con personalidad no han encontrado asociación con unos rasgos específicos (Hout GC y cols., 2006), pero pudiera ser que los pacientes con más rasgos obsesivos dudaran más y finalmente no se decidieran a operarse en los casos en que la decisión no dependía del criterio clínico.

ESTUDIO II. Los candidatos que no siguieron en consulta tras operarse puntuaban, significativamente más alto, en rasgos evitativos, esquizotípicos, histriónicos y narcisistas. Se podría concluir que los rasgos evitativos, esquizotípicos, histriónicos y narcisistas, podrían tener que ver con abandonar el seguimiento en consultas tras la operación. Las altas tasas de trastornos del eje I y II descritas en enfermos obesos (Mauri, 2008) sugieren que si estos trastornos tienen impacto en la pérdida y mantenimiento del peso, puede ser importante su manejo en los programas de control de tratamiento de los enfermos con obesidad mórbida.

ESTUDIO III. No se encontraron diferencias en los pacientes operados que siguieron en consulta, al comparar la personalidad antes y después de la cirugía bariátrica. En relación a la salud mental, Koppmann, durante la ponencia de 2009 presentada en el III Congreso IFSO en Latinoamérica, refirió que la cirugía bariátrica mejoraba los trastornos ansiosos y depresivos, pero no se modificaban los aspectos del carácter. A su vez, conforme la edad avanza, es más difícil modificar estos rasgos, pero quizás más estudios hagan falta al respecto (Elfhag, 2003).

Satisfacción y obesidad mórbida.

La elevada satisfacción encontrada es habitual en los trabajos sobre satisfacción hospitalaria (Van-der Hofstadt y cols., 2012). Existen estudios al respecto, como el de Van-der Hofstadt y col. (2012) que han elaborado una encuesta ad hoc, para evaluar la satisfacción con el proceso de obesidad mórbida. Estos autores llevaron a cabo una encuesta ad hoc para conocer la satisfacción con los resultados de la cirugía bariátrica, obteniendo puntuaciones medias de 9,5 sobre 10. A pesar de que la satisfacción era muy buena, decidieron desarrollar un programa con mejoras propuestas por los pacientes que ya habían sido intervenidos. Las mejoras incluían alteraciones en el mobiliario en los recursos audiovisuales. Se volvió a medir la satisfacción doce meses después de estar implantadas tales mejoras, pero no se obtuvieron diferencias significativas en el nivel de satisfacción de los pacientes operados, lo que hace suponer que los resultados de la cirugía por sí sola ya es motivo importante de satisfacción. Tras revisar la literatura no encontramos una escala validada de satisfacción, por lo que se elaboró una encuesta de satisfacción ad hoc, realizada por contacto telefónico para poder realizar un estudio piloto en este sentido.

ESTUDIO I. La satisfacción global con el proceso de obesidad mórbida fue mayor en los pacientes operados que en los no operados. Se encontró asociación significativa en los pacientes operados entre la satisfacción y el hecho de contar con el acuerdo familiar en el proceso, la disminución de la conducta alimentaria de “atracones” y la mejoría en las relaciones sociales.

ESTUDIO II. Los pacientes que siguieron en consulta tras la operación se mostraron más satisfechos, de forma global, con el proceso de obesidad mórbida, no encontrándose en este caso resultados significativos. Las expectativas fueron satisfechas en más pacientes que siguieron, respecto a los que no continuaron en consulta. Los pacientes que siguieron en consulta valoraron más la coordinación entre los especialistas que los que no continuaron el estudio. Como se comentó anteriormente, está demostrado que la cirugía bariátrica consigue una reducción ponderal en los pacientes con obesidad mórbida y por consiguiente, de las comorbilidades asociadas. Sin embargo, estos resultados, que podrían ser satisfactorios para el médico, a veces no son los únicos resultados deseados por el paciente, quien tiene, además, necesidades sociales, culturales y psicológicas. Este desencuentro entre lo esperado y lo alcanzado hace difícil la aceptación y el compromiso con los cambios propuestos hacia hábitos de vida más saludables y con el seguimiento posterior a la cirugía bariátrica, tal como la evidencia muestra (Dalla, 2005).

Volviendo a la mejora en la calidad de vida percibida como uno de los factores relacionados con la satisfacción tras el proceso de obesidad mórbida, un estudio de Caixás y cols. de 2014 propone poner en marcha acciones encaminadas no solo a reducir la incidencia de obesidad, sino también a facilitar la convivencia diaria de las personas estigmatizadas por ella.

Discusión sobre el perfil de los pacientes en el estudio I.

Los pacientes no operados en este estudio lo son, fundamentalmente, por dos motivos: no obtienen el apto para cirugía por criterio médico (riesgo quirúrgico elevado), o porque recusan ser operados *motu proprio*. En el segundo caso, los pacientes no operados reconocieron el miedo a la cirugía, lo cual nos hace pensar que son más temerosos, tal como indican los rasgos de personalidad obsesivos

encontrados en este grupo. A su vez, los pacientes no operados tuvieron mayor dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos, así como para establecer relaciones personales, tal como indica su puntuación mayor en cuanto a desconfianza interpersonal. Además, se encontró asociación entre los operados y una mejor red de apoyo sociofamiliar, lo que nos hace pensar que estos factores influyen también en la decisión de optar por esta alternativa terapéutica, tal como indican los estudios de intervención familiar en obesidad (Patterson, 1988; Davison, 2002), sobre todo en los pacientes más temerosos o con rasgos C de personalidad.

Estos pacientes también puntuaron más en inestabilidad, uno de los criterios por los cuales puede ser que la cirugía no tuviera lugar.

La cuestión de que los operados tuvieran mayor apoyo social y familiar, también podría tener que ver, como apoyan autores como Jackson (2002), con que la imagen corporal de estos pacientes haya resultado más “atractiva”, y eso haya posibilitado de alguna manera la ayuda social de los otros. Sin embargo, los pacientes operados manifestaban encontrarse bien, e incluso mejor que en la entrevista de evaluación, a pesar no haberse llevado a cabo la cirugía. Esto hace pensar en que aunque la cirugía bariátrica es considerada la mejor opción en estos casos, cuando por otras circunstancias no se realiza, o incluso teniendo lugar, es importante contar con un tratamiento multidisciplinar que motive al cambio en el estilo de vida del paciente y que responsabilice tanto al sujeto como al entorno. También es cierto que tal como proponen autores como Mendelson (2008), el hecho de haberles preguntado en tiempo posterior a la primera consulta hace que también la edad de estos pacientes haya aumentado, de forma que haya disminuido la preocupación por su imagen corporal y su insatisfacción corporal, si lo que pretendían era resultar más atractivos a la sociedad o al sexo opuesto, pues a partir de cierta edad cambia el ciclo vital y esta cuestión pasa a ser secundaria. Así se justificaría también el bienestar actual de los pacientes, a pesar de que no se hubiesen intervenido. Lo que sí es cierto es que la satisfacción global se logró más frecuentemente en los pacientes operados, y que éstos manifestaron mejoras significativas, tanto a nivel físico, como laboral, económico, sexual, social, en el estado de ánimo, en los niveles de ansiedad, y en aspectos de la conducta alimentaria, por lo que la calidad de vida mejoró claramente con la operación.

Existe un dato a valorar en los pacientes operados, y es que confesaron consumo de alcohol en más ocasiones que los no operados. Esto puede tener que ver con que había más operados que no siguieron en consulta (85 versus 35), y si después observamos lo encontrado en el estudio II, veremos cómo los pacientes que no siguen en consulta también dicen consumir alcohol. Podría ser que los operados que no siguen en consulta sean los que beben, y en este caso tendríamos que tener en cuenta un perfil más evitativo o una mayor inmadurez a la hora de manejar los conflictos, lo cual también nos indica que se debe atender a este aspecto durante el proceso asistencial, a fin de mejorar el éxito del mismo (Ortega y cols., 2012).

Discusión sobre el perfil de los pacientes en el estudio II.

Los pacientes que no siguen en consulta una vez operados tienen características que recuerdan a la bulimia nerviosa (Stunkard, 1988): personalidad evitativa, consumo de alcohol (Kaye, 2008), mayor puntuación en ascetismo, bulimia, insatisfacción corporal y miedo a madurar antes de la cirugía (Barry y col., 2010), y se encuentran realizando algún tipo de dieta, lo cual podría querer decir que estos pacientes se encuentran en este momento dentro de lo que el DSM-IV-TR denominaba subtipo

restrictivo, dentro de un ciclo en el que después volverá a iniciarse la ingesta o los atracones, con sentimiento posterior de culpa o no, diferenciando el DSM-5 entre trastorno por atracón o bulimia nerviosa que, sin embargo, podrían formar parte de un continuum. El hecho de estar realizando algún tipo de dieta también podría relacionarse con la autodisciplina que se imponen estos pacientes, lo que concuerda con la puntuación elevada en ascetismo. Por su parte, el consumo de alcohol podría relacionarse con el miedo a madurar de estos pacientes y la forma de manejo ante los conflictos que la vida les puede plantear, evitando así aquéllos que les desestabilice a nivel emocional (Ortega y cols., 2012).

Discusión sobre el perfil de los pacientes en el estudio III

El estudio III muestra cómo la cirugía bariátrica mejora de forma significativa la calidad de vida del paciente con obesidad mórbida.

El hecho de no encontrar diferencias significativas en cuanto a rasgos de personalidad, pueden tener que ver con que estamos comparando al paciente consigo mismo, antes y después de la cirugía, y con que los rasgos de personalidad son persistentes en el tiempo.

No se hallaron diferencias en cuanto al malestar psicológico, lo cual podría tener que ver con las expectativas que el paciente tuviera antes de operarse, y con que la cirugía cubriera todas las necesidades del paciente. En este sentido, se debe tener en cuenta que si bien la cirugía bariátrica ha demostrado mejorar la calidad de vida del paciente, es necesario distinguir entre mejoría a nivel físico, que puede derivar en bienestar psicológico posterior, pero no siempre, de modo que el seguimiento en consulta antes, durante y después de la cirugía pueden tener que ver con un éxito mayor en cuanto a lo que el paciente espera del proceso asistencial y de su recuperación (Dalla, 2005).

Resulta interesante haber encontrado una disminución en cuanto a satisfacción con la imagen corporal tras la cirugía bariátrica (Martini y cols., 2014). En este sentido, se podría tener en cuenta el modelo de *continuum* que ya refieren otros autores entre los trastornos de conducta alimentaria (tales como anorexia y bulimia), reconocidos así en las clasificaciones psiquiátricas, y la obesidad (no reconocida como trastorno de conducta alimentaria), basado en la insatisfacción corporal y en la imagen corporal, de forma que se pudiera pasar de una dimensión (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa) a otra (sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida), alterando en ambos casos la calidad de vida. En este sentido, hay autores que consideran el trastorno por atracón un paso intermedio entre la bulimia y el sobrepeso y la obesidad (Rutzstein, 2014).

6. CONCLUSIONES

- De acuerdo con nuestros resultados, la cirugía de la obesidad mejora de forma significativa la calidad de vida de los pacientes, tanto a nivel físico como psicológico, permitiendo tener posibilidades de mejora a nivel laboral, económico, social y de pareja.
- La satisfacción global con el proceso de obesidad, puede guardar relación con el apoyo a nivel social y familiar, así como con la propia conducta del sujeto, al ver reforzados sus hábitos alimentarios.
- En nuestros estudios, el miedo al riesgo quirúrgico, a la anestesia, o a las complicaciones, parece frenar a los pacientes, en su decisión final de operarse
- El seguimiento tras la cirugía consigue, una mejoría no sólo física, sino también psicológica. Los rasgos evitativos, esquizotípicos, histriónicos y narcisistas, podrían tener que ver con el abandono del seguimiento en consultas tras la operación.
- De acuerdo con nuestros datos, la cirugía mejora de forma global la calidad de vida de los pacientes que se operan, y el seguimiento posterior en las consultas logra mejoras aún mayores en este sentido.
- En nuestros pacientes mejoran las conductas alimentarias, incluso a pesar de abandonar las consultas de seguimiento, lo que podría tener que ver con el trabajo previo a la cirugía, aumentando la concienciación sobre los cambios hacia hábitos de alimentación más saludables.
- Finalmente, el bienestar que refieren los pacientes tanto a nivel físico como psicológico a pesar de no ser operados podría tener que ver con otras alternativas a la cirugía en el tratamiento de la obesidad mórbida, como la realización de técnicas endoscópicas, el tratamiento farmacológico usado, o la realización de dieta y ejercicio, así como el momento vital en el que se encuentren los pacientes.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Abbott DW, de Zwaan M, Mussell MP, Raymond NC, Seim HC, Crow SJ, Crosby RD, Mitchell JE. Onset of binge eating and dieting in overweight women: implications for etiology, associated features and treatment. *J Psychosom Res.* 1998 Mar-Apr;44(3-4):367-74
- Abdel-Halim RE. Obesity: 1000 years ago. *Lancet.* 2005; 366: 204
- Acquafresca PA, Palermo M, Rogula T, Duza DE, Serra E. Early surgical complications after gastric-bypass: a literatura review. *Arq. Bras Cir Dig* 2015; 28 (1): 74-80.
- Adami GF, Menenghelli A, Scopinaro N. Night eating and binge eating disorder in obese patients. *Int J Eat Disord.* 1999; 25: 335-8.
- Aggarwal, S, kini SU, Herron DM. Laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity: a review. *Surg Obes Relat Dis.* 2007; 3 (2): 189-94.
- Ahima RS. Adipose tissue as an endocrine organ. *Obesity (Silver Spring).* 2006 Aug;14 Suppl 5:242S-249S. Review
- Alcaraz García A M, Ferrer Márquez M, Parrón Carreño T. Calidad de vida en los pacientes obesos y su cambios tras cirugía bariátrica a medio y largo plazo. *Nutr Hosp.* 2015; 31: 2033-2046.
- Ali MR, Fuller WD, Choi MP, Wolfe MB. Bariatric surgical outcomes. *Surg Clin North Am.* 2005; 85 (4): 835-52.
- Allison DB, Kaprio J, Korkeila M, Koshenvuo M, Neale MC, Hayakawa K. The heritability of body mass index among an international sample of monozygotic twins reared apart. In *J Obes Relat Metab Disord* 1996; 20 (6): 501-6.
- Allison KC, Stunkard AJ. Obesity and eating disorders. *Psychiatric Clin North AM.* 2005; 28: 55-67.
- Allison, KC., Wadden, TA., Sarwer, DB., Fabricatore, AN., Grerand, CE., Gibbons, LM., Williams, NN. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Obesity*, 2006; 14, 77-82.
- Alonso, J., Prieto, L., Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica (Barna)*, 1995; 104, 771-776.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Texto revisado. Barcelona. Masson. 2002.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Washington, DC: APA. 2015.
- Amianto F, Ottone L, Abbate Daga G and Fassino S. Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. Amianto et al. *BMC Psychiatry* (2015) 15: 70.
- Anandacoomarasamy A , Caterson I , Sambrook P , Fransen M , L de marzo . The impact of obesity on the musculoskeletal system. *Int J Obes (Lond).* 2008 Feb; 32 (2): 211-22. Epub 2007 11 de septiembre.

- Aranceta J, Pérez-Rodrigo C, Serra-Majem L, Bellido D, de la Torre ML, Hormiguera X, et al. Prevention of overweight and obesity: a Spanish approach. *Public Health Nutr* 2007; 10: 1187-93.
- Arias-Horcajadas F, Sánchez-Romero S, Gorgojo-Martínez J, Almodóvar-Ruíz F, Fernández-Rojo S, Llorente Martín F. Diferencias clínicas entre obesos mórbidos con y sin trastorno por atracón. *Endocrinol Nutr*. 2006; 53: 440-7.
- Arroyo P, Avila-Rosas H, Fernández V, Casanueva E, Galván D. Parity and the prevalence of overweight. *Int J Gynaecol Obstet*. 1995 Mar;48(3):269-72.
- Baile, J., Raich, R., & Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*, 19 (2), 22-27.
- Barceló Acosta M, Borroto Díaz G. Estilo de vida factor culminante en la aparición y tratamiento de la obesidad. *Rev Cubana Invest Biomed* 2001; 20(4):287-95.
- Barnett R. Historical keywords. Obesity. *Lancet*. 2005; 365: 1843.
- Barry D, Grilo C, Masheb R. Comparison of patients with bulimia nervosa, obese patients with binge eating disorder, and nonobese patients with binge eating disorder. *J Nerv Ment Dis* 2003; 9: 589-595.
- Beck AT & Beamesderfer A. Assessment of depression: The depression inventory. In: P. Pichot (Ed), *Psychological measurement in psychopharmacology*, 1974; vol 7. Paris: Karger, Basel.
- Behar R, Arriagada M, Casanova D. Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: un estudio comparativo. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 1407-14.
- Behar R, & Arancibia M. DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2014; 52 (S1): 22-23.
- Berg AH, Scherer PE. Adipose tissue, inflammation, and cardiovascular disease. *Circ Res*. 2005 May 13;96(9):939-49. Review.
- Beutel M, Dippel A, Szczepansk M, Thiede R. Mid-Term Effectiveness of Behavioral and Psychodynamic Inpatient Treatments of Severe Obesity Bases on a Randomized Study. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 337-345.
- Bevegni C, Adami GF. Obesity and obesity surgery in ancient Greece. *Obes Surg*. 2003; 13: 808-9.
- Bjorback C, Hollenberg AN. Leptin and melanocortin signaling in the hypothalamus. *Vitam Horm* 2002; 65:281-311.
- Bout-Tabaku S, Michalsky MP, Jenkins TM, Baughoum A, Zeller MH, Brandt ML et al. Dolor musculoesquelético, auto-reporte de la función física y calidad de vida en la Evaluación-Teen Longitudinal de Cirugía Bariátrica (Teen-LABS) Cohorte. *JAMA Pediatr*. 2015 abril 27.
- Branson R, Potoczna N, Kral J, Lentos K, Hoehe M, Horber F. Binge eating as a major phenotype of melanocortin 4 receptor gene mutations. *N Engl J Med* 2003; 348: 1096-1103.
- Bray GA. Complications of obesity. *Ann Intern Med*. 1985 Dec;103 (6 (Pt 2)):1052-62.
- Bray GA. Obesity: historical development of scientific and cultural ideas. *Int J Obes*. 1990; 14: 909-26.

- Brehm, S.; Miller, R.; Perlman, D.; Campbell, SM. (2002). "Intimate Relationships". New York, McGraw-Hill Higher Education. 3 edition. 554 p.
- Brown CT, Meginnis KL, Bardari KM. (2000). "Beauty, Sexuality and Identity: The Social Control of Women". En: Brown, T. Cheryl & White, W. Jacquelyn, eds., Sexuality, society, and Feminism. USA, American Psychological Association. p. 237-272.
- Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. The American Journal Of Psychiatry, 139 (12), 1531-1538.
- Bulik C, Sullivan P, Kendler K. Genetic and environmental contributors to obesity and binge eating. Int J Eat Disord 2003; 33: 293-298.
- Bustamante F. Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. Psychiatric aspects of obesity surgery. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 58-Nº 6, Diciembre 2006; págs. 481-485.
- Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A & Kaemer B. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press. 1989.
- Caballero C, Hernández B, Moreno H, Hernández-Girón C, Campero L, Cruz A, et al. Obesidad, actividad e inactividad física en adolescentes de Morelos, México: un estudio longitudinal. Archivos latinoamericanos de Nutrición. 2007; Vol. 53 Nº 3.
- Camps MA, Zervos E, Goode S, Rosemurgy AS. Impact of Bariatric Surgery on Body Image Perception and Sexuality in Morbidly Obese Patients and their Partners. Obes Surg. 1996 Aug;6(4):356-360.
- Carbajo MA, García-Caballero M, Osorio D et al. Oneanastomosis gastric bypass by laparoscopy: Results of the first 209 patients. Obes Surg 2005; 15: 398-404.
- Caixàs A, Lecube A. Grupo de Trabajo de Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GOSEEN). ¿Dónde son más felices las personas obesas? Endocrinol Nutr. 2014; 61 (1): 1-2.
- Calle EE, Rodríguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight obesity, and mortality from cáncer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. N Engl J Med. 2003; 348 (17): 1625-38.
- Caparrós CB, Villar HE, Ferrer JJ, Viñas PF. Symptom Check-List 90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. Int J Clin Health Psychol. 2007 Jan; 7 (3): 781-94.
- Capella JF, Capella RF. An assessment of vertical banded gastroplasty-Roux-en-Y gastric bypass for the treatment for morbid obesity. Am J Surg. 2002; 183 (2): 117-23.
- Carey AL, Petersen EW, Bruce CR, Southgate RJ, Pilegaard H, Hawley JA, et al. Discordant gene expression in skeletal muscle and adipose tissue of patients with type 2 diabetes: effect of interleukin-6 infusion. Diabetologia. 2006 May;49(5):1000-7. Epub 2006 Mar 15.
- Carrasco M, Ciccotelli H, del Barrio-Gándara V, Sánchez-Moral V. Listado de Síntomas SCL-90-R: análisis de su comportamiento en una muestra clínica. Acción psicológica. 2003; 2 (2): 149-61.

- Carretero García A, Raich Escursell RM, Sánchez Planell L, Rusiñol Estragués J, Sánchez Carracedo D. Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA. *Clínica y Salud*. 2009; Vol. 20 nº 2.
- Cash, TF.; Hicks, KF. (1990). "Being fat versus thinking fat: Relationships with body image, eating behaviors, and well-being". *Cognitive Therapy and Research*. 14(3):327-341.
- Cedergren, MI. Maternal Morbid Obesity and the Risk of Adverse Pregnancy Outcome. *Obstetrics & Gynecology*. 2014 Feb; 103 (2): 219-224.
- Charles SC. Psychiatric evaluation of morbidly obese patients. *Gastroenterology Clinics of North America* 1987; 16: 3. 415-442.
- Chen EY, Brown M. Obesity stigma in sexual relationships. *Obes Res*. 2005 Aug;13(8):1393-7.
- Cheng TO. Is the Hippocrates Paradox really a paradox? *J Am Coll Cardiol*. 2004; 43: 505.
- Cinti S. Adiposity differentiation and transdifferentiation: plasticity of the adipose organ. *J Endocrinol Invest* 2002 NOV; 25(10):823-35.
- Cserjési R. Emotions, cognition, awareness and behavior in eating disorders. Comparison between obesity and anorexia nervosa. *Orv Hetil*. 2009 Jun 14;150(24):1135-43. Hungarian.
- Cserjési R, Vermeulen N, Lénárd L, Luminet O. Reduced capacity in automatic processing of facial expression in restrictive anorexia nervosa and obesity. *Psychiatry Res*. 2011 Jul 30;188(2):253-7.
- Clark MM , Hanna BK, Mai JL, Graszer KM, Krochta JG, McAlpine DE, et al. Sexual abuse survivors and psychiatric hospitalization after bariatric surgery. *Obes Surg*. 2007 Apr;17(4):465-9.
- Cohen P, Zhao C, Cai X, Montez JM, Rohani SC, Feinstein P, et al. Selective deletion of leptin receptor in neurons leads to obesity. *J Clin Invest*. 2001 Oct;108(8):1113-21.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000; 320: 1240-3.
- Colquitt JL, Picot J, Loveman E, Clegg AJ. Surgery for obesity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;CD003641.
- Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, Frampton GK. Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Aug 8;8:CD003641
- Corral S, González M, Pereña J, Seisdedos N. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: TEA; 1998.
- Cortez M, Torres M, Herrera G. Gastrectomía vertical en manga. Cirugía bariátrica laparoscópica. Técnicas y complicaciones. Bogotá. 2006; p. 151-71.
- Cuevas Aller J. Manual práctico de la historia de los Reyes de León. 2ª ed. León: Instituto Cepedano de Cultura; 2005.
- Cummings DE, Weigle DS, Frayo RS, Breen PA, Ma MK, Dellinger EP, Purnell JQ. Plasma ghrelin levels alter diet-induced weight loss after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2002; 346: 1623-30.
- Cummings DE, Cohen RV. Beyond BMI: the need for new guidelines governing the use of bariatric and metabolic surgery. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2014 Feb;2(2):175-81.

- Dalla Grave R, Calugi S, Molinari E, Petroni ML, Bondi M, Compare A, Marchesini G; QUOVADIS Study Group. Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study. *Obes Res.* 2005 Nov;13(11):1961-9.
- Damcott CM, Sack F, Shuldiner AR. The genetics of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2003; 32 (4): 761-86.
- Davison KK et al. Obesigenic families: parents' physical activity and dietary intake patterns predict girls' risk of overweight. *Int J Obes Relat Metab Disord.* (2002).
- DeFronzo RA, Ratner RE, Han J, Kim DD, Fineman MS, Baron AD. Effects of exenatide (exendin-4) on glycemic control and weight over 30 weeks in metformine-treated patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2005; 28 (5): 1092-100.
- Denke MA, Sempos CT, Grundy SM. Excess body weight: an underrecognized contributor to high blood cholesterol levels in white American men. *Arch Intern Med.* 1993; 153 (9): 1093-103.
- Derogatis LR, Cleary P. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *J Clin Psychol Oct.* 1977; 33 (4): 981-89.
- Derogatis LR, Savitz K. The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En: Maruish ME, coord. *Handbook of psychological assessment in primary care setting.* Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. P 297-334.
- Derogatis LR. *SCL-90 R version. Manual I.* Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, 1977.
- Derogatis LR. *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Administration, scoring and procedures manual.* 3ª ed. Minneapolis: National Computer System; 1994.
- Derogatis LR. *The SCL-90-R.* Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1975.
- Dion, KK.; Berscheid, E.; Walster, E. (1972). "What is beautiful is good". *Journal of Personality and Social Psychology.* 23(8):285-290.
- Elfhag K, Carlsson AM, Rossner S. Subgrouping in obesity base don Rorschach personality characteristics. *Scand J Psychol* 2003; 44: 399-407).
- Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *Am J Prev Med.* 2001 Jan;20(1):68-74.
- Encuesta Europea de Salud en España 2009. Instituto de Información Sanitaria mayo 2011.
- Epstein LH, Valoski AM, Vara LS, McCurley J, Wisniewski L, Kalarchian MA, Klein KR, Shrager LR. Effects of decreasing sedentary behavior and increasing activity on weight change in obese children. *Health Psychol.* 1995 Mar;14(2):109-15.
- Epstein LH, Myers MD, Raynor HA, Saelens BE. Treatment of pediatric obesity. *Pediatrics.* 1998 Mar;101(3 Pt 2):554-70. Review.
- Epstein, L., Paluch, R., Roemmich, J., & Beecher, M. (2007). Family-Based Obesity Treatment, Then and Now: Twenty-Five Years of Pediatric Obesity Treatment. *Health Psychology*, 26 (4), 381-391
- Erlanson-Albertsson C, York D. Enterostatin, a peptide regulating fat intake. *Obes Res.* 1997; 5:360-72.

- Fagundo AB, de la Torre R, Jiménez-Murcia S, Agüera Z, Granero R, Tárrega S, et al. Executive functions profile in extreme eating/weight conditions: from anorexia nervosa to obesity. *PLoS One*. 2012;7(8):e43382.
- Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 May;55(5):425-32.
- Farooqi IS, Matarese G, Lord GM, Keogh JM, Lawrence E, Agwu C, Sanna V, et al. Beneficial effects of leptin on obesity, T cell hyporesponsiveness, and neuroendocrine/metabolic dysfunction of human congenital leptin deficiency. *J Clin Invest*. 2002 Oct;110(8):1093-103.
- Fava M, Judge R, Hoog SL, Nilsson ME, Koke SC. Fluoxetine versus sertraline and paroxetine in major depressive disorder: changes in weight with long-term treatment. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (11): 863-7.
- Feinstein R, Kanety H, Papa MZ, Lunenfeld B, Karasik A. Tumor necrosis factor-alpha suppresses insulin-induced tyrosine phosphorylation of insulin receptor and its substrates. *J Biol Chem*. 1993 Dec 15;268(35):26055-8.
- Fernández-Alvira JM, Børnhorst C, Bammann K, Gwozdz W, Krogh V, Hebestreit A, et al. Prospective associations between socio-economic status and dietary patterns in European children: the Identification and Prevention of Dietary- and Lifestyle-induced Health Effects in Children and Infants (IDEFICS) Study. *Br J Nutr*. 2015 Feb;113(3):517-25.
- Fitzgibbon ML, Blackman LR. Binge eating disorder and bulimia nervosa: differences in the quality and quantity of binge eating episodes. *Int J Eat Disord*. 2000 Mar;27(2):238-43.
- Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA*. 2010; 303:235-41.
- Flier JS, Foster DW. Eating Disorders: Obesity, anorexia nervosa and bulimia. En: William's textbook of Endocrinology. 9 ed. Philadelphia: Saunders company; 1998:1061-839.
- Fobi MA. Vertical banded gastroplasty vs gastric bypass: 10 years follow-up. *Obes Surg*. 1993; 3 (2): 161-4.
- Fontaine KR, Bartlett SJ, and Barofsky I. Health-Related Quality of Life Among Obese Persons Seeking and not Currently Seeking Treatment. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 27: 101-105.
- Ford ES, Kohl HW 3rd, Mokdad AH, Ajani UA. Sedentary behavior, physical activity, and the metabolic syndrome among US adults. *Obes Res* 2005; 13 (3): 608-14.
- Foz M. Historia de la obesidad. 2004. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mon06>.
- Frezza EE. Laparoscopic vertical sleeve gastrectomy for morbid obesity. The future procedure of choice? *Surg Today*. 2007; 37 (4): 275-81.
- Frystyk J, Vestbo E, Skjaerbaek, Mogensen CE, Orskov H. Free insulin-like growth factors in human obesity. *Metabolism* 1995; 44: 37-44.
- Froguel P. Genomic approach to obesity: understanding a complex syndrome. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2000 Dec;61 Suppl 6:50-55. Review. French.

- Fuemmeler, B., Masse, L., Yaroch, A., Resnicow, K., Kramish, M., Carr, C. et al. (2006). Psychosocial mediation of fruit and vegetable consumption in the body and soul effectiveness trial. *Health psychology*, 25 (4), 474–483.
- Gabert DL, Majumdar SR, Sharma AM, Rueda-Clauden CF, Klarenbach SW, Abedul DW et al. Prevalence and predictors of self-reported sexual abuse in severely obese patients in a population-based bariatric program. *J Obes*. 2013; 374:050.
- Galletly C, Clark A, Tomlinson L, Blaney F. Improved pregnancy rates for obese, infertile women following a group treatment program. An open pilot study. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996 May;18(3):192-5.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- Garner DM. *Eating Disorder Inventory-2: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1991.
- Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*. 1983 Spring; 2 (2): 15-34.
- Garrison RJ, Kannel WB, Stokes J 3rd, Castelli WP. Incidence and precursors of hypertension in Young adults: the Framingham Offspring Study. *Prev Med*. 1987; 16 (2): 234-51.
- Gempp R, Avendaño C. Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*. 2008; 26 (1): 39-58.
- Goldstein DJ, Rampey AH Jr, Enas GG, Potvin JH, Fludzinski LA, Levine LR. Fluoxetine: a randomized clinical trial in the treatment of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1994 Mar;18(3):129-35.
- Gormally J, Black S, Daston S & Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors* 1982; 7: 47-55.
- Grogan, S. (1999). "Body Image. Understanding body dissatisfaction in men, women and children". London, Routledge. 225 p.
- Guisado JA, Vaz FJ, Alarcón J, López-Ibor JJ, Gaité L, Rubio MA. Calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida sometidos a gastroplastia vertical bandeada. *Cir Esp* 2002; 72 (2): 58-61.
- Guisado JA, Vaz FJ, Alarcón J, Béjar A, Casado M, Rubio MA. Psicopatología en pacientes con obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Rev Cubana Endocrinol*. Ene-Abr 2002. v.13 n 1.
- Guisado JA, Vaz FJ, López-Ibor JJ, Rubio MA. Características clínicas y pérdida de peso en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía bariátrica. *Nutr. Hosp*. 2001; 16: 170-174).
- Guisado JA, Vaz FJ. El miedo a madurar en mujeres con obesidad mórbida postgastrectomía: predictores clínicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2002; XXII (81).
- Guisado JA, Vaz Leal FL. Personality Assessment in Morbid Obesity. *The German Journal of Psychiatry*. 2002; 5 (4): 90-94.
- Guisado Macías JA, Comorbilidad psiquiátrica en pacientes con obesidad mórbida intervenidos de cirugía gástrica. 2002.
- Golay A. Metformine and body weight. *Int J Obes (Lond)* 2008; 32 (1): 61-72.

- Gortari FJ, Beunza JJ, Bes-Rastrollo M, Toledo Y, García-López M, Martínez-González MA. Tendencia creciente de la prevalencia de obesidad mórbida en España: de 1,8 a 6,1 por mil en 14 años. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 424-6.
- Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Prevalencia de obesidad en la población adulta española: 14 años de crecimiento continuado. *Med Clin(Barc)* 2005; 124:196-7.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1960; 23: 26-62.
- Harrison. Principios de Medicina Interna. 2012. 18ª Ed.
- Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The BITE. *Br J Psychiatry* 1987; 150 (1): 18-24.
- Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen M, Pories W, Fahrbach K et al. Bariatric Surgery. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2004; 292 (14): 1724-1737.
- Hoerster KD, Jakupcak M, Hanson R, McFall M, Reiber G, Hall KS, Nelson KM. PTSD and depression symptoms are associated with binge eating among US Iraq and Afghanistan veterans.
- Holli M. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Academic Dissertation Finland; University of Helsinki; 2003.
- Horsthemke B, Buiting K. Imprinting defects on human chromosome 15. *Cytogenet Genome Res*. 2006; 113 (1-4): 292-9.
- Hout GC, Van Oudheusden I, Krasuska AT, Van Heck GL. Psychological profile of candidates for vertical banded gastroplasty. *Obes Surg* 2006; 16: 67-74).
- Hsu G, Benotti P, Dwyer J, Robert S, Saltzman E, Shikora S *et al*. Nonsurgical factor that influence the outcome of bariatric surgery: A review. *Psychosomatic Medicine* 1998; 60: 338-346
- Hu F, Manson J, Stampfer M. Colditz G, Liu S, Solomon CG et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001; 345 (11): 790-7.
- Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta nacional de salud (ENSE) 2011-2012.
- International Obesity Task Force. (2003). "Waiting for a Green Light for Health? Europe at the Crossroads for Diet and Disease". IOTF Position Paper. London: International Obesity Task Force, International Obesity Task Force. www.ionf.org
- Irrarrázaval M, Gómez E, Peri J, Pablo J. Características generales y psiquiátricas en pacientes con obesidad mórbida. *Psiquiatr salud mental*. 2003; 20 (4): 186-193.
- Jackson, LA. (2002). "Physical Attractiveness. A sociocultural perspective". En: Cash, Thomas & Pruzinsky, Thomas, Eds., *Body Image. A Handbook of theory, research, and clinical practice*. USA, The Guilford Press. p. 13-21.
- Jastrzebska-Mierzynska M, Ostrowska L, Wasiluk D, Konarzewska-Duchnowska E. Dietetic recommendations after bariatric procedures in the light of the new guidelines regarding metabolic and bariatric surgery. *Rocz panstw Zakl Hig*. 2015; 66 (1): 13-19.
- Joffe D, Yanagisawa RT. Metabolic syndrome and type 2 diabetes: can we stop the weight gain with diabetes? *Med Clin North Am*. 2007; 91 (6): 1107-23.

- Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of abnormal psychology*, 114 (1), 119 – 125.
- Kadowaki T, Yamauchi T, Kubota N, Hara K, Ueki K, Tobe K. Adiponectin and adiponectin receptors in insulin resistance, diabetes, and the metabolic syndrome. *J Clin Invest*. 2006 Jul;116(7):1784-92. Review.
- Kahn, AP.; Fawcett, J. (2008). "The Encyclopedia of Mental Health". New York, Facts On File. 3 Edition. 520 p.
- Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav* 2008; 94: 121-35.
- Karasu SR. Psychotherapy-lite: obesity and the role of the mental health practitioner. *Am J Psychother*. 2013; 67 (1): 3-22.
- Katz JR, Taylor NF, Perry L , Yudkin JS, Coppack SW. Increased response of cortisol and ACTH to corticotrophin releasing hormone in centrally obese men, but not in post-menopausal women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24: S138-9.
- Keeton WP, Cash TF, Brown TA. Body image or body images?: Comparative, multidimensional assessment among college students. *J Pers Assess*. 1990 Spring;54(1-2):213-30.
- Keisling, BL.; Gynther, MD. (1993). "Male perceptions of female attractiveness: the effects of targets personal attributes and subjects degree of masculinity". *Journal of Clinical Psychology*. 49(2):190-195.
- Klem ML, Ala RR, Chang CC, Lang W, McGuire MT, Sugerman HJ, et al. A case-control study of successful maintenance of a substantial weight loss: individuals who lost weight through surgery versus those who lost weight through non-surgical means. *Int J Obes Relat Metab Disord* . 2000 May; 24 (5): 573-9.
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformina *N Engl J Med*. 2002 Feb 7;346(6):393-403.
- Kolotkin, RL., Binks, M., Crosby, RD., Ostbye, T., Gress, RE., Adams, TD. Obesity and sexual quality of life. *Obesity*. 2006; 14, 472-479.
- Koppman. Ponencia presentada en el III Congreso IFSO Latinoamericano, 2009.
- Kraft, C.; Robinson, BBE.; Nordstrom, DL.; Bockting, WO.; Rosser, SBR. (2006). "Obesity, Body Image, and Unsafe Sex in Men who have Sex with Men". *Archives of sexual behavior*. 35(5):587–595.
- Kriwanek S, Blauensteiner W, Lebisch E, Beckerhinn P, Roka R. Dietary changes after vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery* 2000; 10: 37-40.
- Lakkis D, Bissada NF, Saber A, Khaitan L, Palomo L, Narendran S, Al-Zahrani MS. Response to periodontal therapy in patients who had weight loss after bariatric surgery and obese counterparts: a pilot study. *J Periodontol*. 2012 Jun;83(6):684-9.
- Lang T, Hauser R, Schlumpf R, Klaghofer R, Buddeberg C. Psychological comorbidity and quality of life of patients with morbid obesity and requesting gastric banding. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 2000; 20: 739-48.

- Larsen, JK., Geenen, R., van Ramshorst, B., Brand, N., de Wit, P., Stroebe, W., van Doornen, LJP. Psychosocial functioning before and after laparoscopic adjustable gastric banding: a cross-sectional study. *Obesity Surgery*, 2003;13, 629-636.
- Lee MJ, Fried SK. Multilevel regulation of leptin storage, turnover, and secretion by feeding and insulin in rat adipose tissue. *J Lipid Res*. 2006 Sep;47(9):1984-93. Epub 2006 May 31.
- Lee M, Aronne LL. Weight management for type 2 diabetes mellitus: global cardiovascular risk reduction. *Am J Cardiol* 2007; 99 (4 Suppl): 68-79.
- Leibawits SF. Reciprocal hunger-regulating circuits involving alpha-and beta- adrenergic receptors located respectively in the ventromedial and lateral. hypothalamus. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1970; 67:1063-7.
- Levine, MP.; Smolak, L. (2002). "Body Image Development in Adolescence". En: Cash, Thomas & Pruzinsky, Thomas, Eds., *Body Image. A Handbook of theory, research, and clinical practice*. USA, The Guilford Press. p. 74-82.
- Livingstone DE, Jones GC, Smith K, Jamieson PM, Andrew R, Kenyon CJ, Walker BR. Understanding the role of glucocorticoids in obesity: tissue-specific alterations of corticosterone metabolism in obese Zucker rats. *Endocrinology*. 2000 Feb;141(2):560-3.
- López-Prado M, Torres ML, Díaz J. : Cuidados en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. *Rev Med Univ Navarra* 2006; Vol 50, nº4: 15-22.
- Maggio CA, Pi-Sunyer FX. Obesity and type 2 diabetes. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2003; 32 (4): 805-22.
- Mahoney, D. (Psychological assessments of bariatric surgery patients. Development, reliability and exploratory factor analysis of the PsyBari. *Obesity Surgery*, 2011; 21, 1395-1406.
- Ma LJ, Mao SL, Taylor KL, Kanjanabuch T, Guan Y, Zhang Y, et al. Prevention of obesity and insulin resistance in mice lacking plasminogen activator inhibitor 1. *Diabetes*. 2004 Feb;53(2):336-46.
- Mala T, Hewitt S, Hogestol IK, Kjellevoid K, Kristinsson JA, Risstad H. Dumping síndrome following gastric surgery. 2015. 27 de enero; 135 (2): 137-41.
- Mamun AA , Lawlor DA , O'Callaghan MJ , Bor W , Williams GM , Najman JM . ¿Tiene la infancia sexual abuso predecir IMC adulto joven? Un estudio de cohorte de nacimiento. 2007 Aug; 15 (8): 2103-10.
- March, J., Suess A., Prieto, M., Escudero, M., Nebot, M., Cabeza, E., & Pellicer, A. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria* 21 (1), 4-12.
- Marek RJ, Ben-Porath YS, Ashton K, Heinberg LJ. Impact of using DSM-5 criteria for diagnosing binge eating disorder in bariatric surgery candidates, and scores on the Minnesota Multiphasic Personality inventory-2 restructured form (MMPI-2-RF). *Int J Eating Disorders*. 2014 Jul; 47 (5): 553-7
- Marshall HM, Allison KC, O'Reardon JP, Birketvedt G, Stunkard AJ. Night eating syndrome among nonobese persons. *Int J Eat Disord*. 2004 Mar;35(2):217-22.

- Martini D, Ghanbari JA, Pazouki A, Pishgahroudsari M, Ehtesham M. The comparison of severity and prevalence of major depressive disorder, general anxiety disorder and eating disorders before and after bariatric surgery. *Med J Islam Repub Iran*. 2014 Oct 8;28:109. eCollection 2014.
- Martins C, Strømme M, Stavne OA, Nossun R, Mårvik R, Kulseng B. Bariatric surgery versus lifestyle interventions for morbid obesity--changes in body weight, risk factors and comorbidities at 1 year. *Obes Surg*. 2011 Jul;21(7):841-9. doi: 10.1007/s11695-010-0131-1.
- Matza LS, Revicki DA, Davidson JR, Stewart JW. Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Aug;60(8):817-26.
- Mauri M, Rucci P, Calderone A, Santini F, Oppo A, Romano A, et al. Trastornos del Eje I y II y la calidad de vida de los candidatos de cirugía bariátrica. *J Clin Psychiatry*. 2008 Feb; 69 (2): 295-301.
- McNulty SJ, Ur E, Williams G. Multicenter Sibutramine Study Group. A randomized trial of sibutramine in the management of obese type 2 diabetic patients treated with metformin. *Diabetes Care*. 2003; 26 (1): 125-31.
- Melero Y, Ferrer JV, Sanahuja A, Amador L, Hernando D. Psychological changes in morbidly obese patients after sleeve gastrectomy. *Cir Esp*. 2014 Jun-Jul; 92 (6): 404-9.
- Mendelson, SD. (2008). *Metabolic Syndrome and Psychiatric Illness. Interactions Pathophysiology, Assessment and Treatment*. USA, ELSEVIER. 203 p
- Millon T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: Manual for the MCMI-II*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Mitchell JE, King WC, Courcoulas A, Dakin G, Elder K, Engel S et al. Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *Int J Coma Disorders*. 2015 Mar; 48 (2): 215-22.
- Mobbs O, Iglesias K, Golay A, Van der Linden M. Cognitive deficits in obese persons with and without binge eating disorder. Investigation using a mental flexibility task. *Appetite*. 2011 Aug;57(1):263-71.
- Modesto A, Ruiz Moreno, Berrocal Montiel C, Valero Aguayo L. Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*. 2002. Vol. 14, nº3, pp. 577-582.
- Montt D, Koppmann A, Papapietro K, Diaz E, Csendes A. Evaluación psiquiátrica en candidatos a cirugía bariátrica. Trabajo libre, LX Congreso de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Pucón 2005.
- Montt S, Koppmann A, Rodríguez M. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* Vol. 16 Nº 4 año 2005.
- Morales L. La imagen corporal desde terapia ocupacional. Una actividad terapéutica en piscina. *Revista gallega de terapia ocupacional*. 2006; 3:18-26.
- Morales MJ, Díaz-Fernández MJ, Caixas A, Cordido F y Grupo de trabajo sobre Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Aspectos médicos del tratamiento quirúrgico de la obesidad. *Med clínica*. 2011.

- Myers, A.; Rosen, JC. (1999). "Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem". *International Journal of Obesity*. 23(3):221-230.
- National Institute of Health (NIH). Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. *Annals of Internal Medicine* 1991; 115: 959-961.
- Núñez-Navarro A, Jiménez-Murcia S, Alvarez-Moya E, Villarejo C, Díaz IS, Augmantell CM, et al. Differentiating purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2011 Sep;44(6):488-96.
- O'Reardon JP, Stunkard AJ, Allison KC. Clinical trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *Int J Eat Disord*. 2004 Jan;35(1):16-26.
- Ortega J, Fernández-Canet R, Álvarez-Valdeita S, Cassinello N, Baguena-Puigcerver MJ. Predictors of psychological symptoms in morbidly obese patients after gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2012 Nov-Dec; 8 (6): 770-6.
- Padwal R, Li SK, Lau DC. Long-term pharmacotherapy for overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003. 27 (12): 1437-46.
- Pajvani UB, Hawkins M, Combs TP, Rajala MW, Doebber T, Berger JP, et al. Complex distribution, not absolute amount of adiponectin, correlates with thiazolidinedione-mediated improvement in insulin sensitivity. *J Biol Chem*. 2004 Mar 26;279(13):12152-62. Epub 2003 Dec 29.
- Papavramidou NS, Papavramidis ST, Christopoulou-Aletra H. Galeon obesity: etiology, effects, and treatment. *World J Surg*. 2004; 28: 631-5.
- Parker ED, Folsom AR. Intentional weight loss and incidence of obesity-related cancers: the Iowa Women's Health Study. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003; 27 (12): 1447-52.
- Papezová H. New questions and their solution in eating disorders. *Cas Lek Cesk*. 2006;145(3):181-3. Review. Czech.
- Patterson TL, Rupp JW, Sallis JF, Atkins CJ, Nader PR. Aggregation of dietary calories, fats, and sodium in Mexican-American and Anglo families. *Am J Prev Med*. 1988 Mar-Apr;4(2):75-82.
- Pérez-Blanco V, Morant C, García-Caballero J, Vesperinas G, CosBlanco A, Royo C et al. Desarrollo e implantación de una vía clínica para la cirugía bariátrica. *Rev Calid Asist*. 2004; 19(4), 250-260.
- Phelan S, Wadden TA, Berkowitz RI, Sarwer DB, Womble LG, Cato RK, Rothman R. Impact of weight loss on the metabolic syndrome. *Int J Obes (Lond)*. 2007 Sep;31(9):1442-8. Epub 2007 Mar 13.
- Piccinni A, Marazziti D, Vanelli F, Franceschini C, Baroni S, Costanzo D, et al. Food addiction spectrum: a theoretical model from normality to eating and overeating disorders. *Curr Med Chem*. 2015;22(13):1631-8.
- Piché ME, Auclair A, Harvey J, Marceau S, Poirier P. ¿Cómo elegir y utilizar la cirugía bariátrica en 2015? *Can J Cardiol*. 2015 Feb; 31 (2): 153-66.
- Picot J, Jones J, Colquitt JL, Gospodarevskaya E, Loveman E, Baxter L, Clegg AJ. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a

- systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2009 Sep;13(41):1-190, 215-357, iii-iv.
- Pillar G, Shechadeh N. Abdominal fat and sleep apnea. The chicken or the egg? *Diabetes Care.* 2008; 31 (Suppl 2): S 303-9.
 - Polivy J, Herman CP. Dieting and bingeing. A causal analysis. *Am Psychol.* 1985 Feb;40(2):193-201.
 - Price WE, Grizzle JE, Postlethwait RW, Johnson WD, Grabicki P. Results of operation for duodenal ulcer. *Surg Gynecol Obstet.* 1970; 131: 233-44.
 - Pournaras DJ, le Roux CW. Preventing type 2 diabetes, CVD, and mortality: surgical versus non-surgical weight loss strategies. *Curr Atheroscler Rep.* 2013 Nov;15(11):367.
 - Powers PS, Perez A, Boyd F, Rosemurgy A. Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *Int J Eat Disord.* 1999 Apr;25(3):293-300.
 - Prins JB, O'Rahilly S. Regulation of adipose cell number in man. *Clin Sci (Lond).* 1997 Jan;92(1):3-11.
 - Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992 Sep;47(9):1102-14.
 - Puhl, RM.: Brownell, KD. (2008). "Bias, Discrimination, and Obesity. En: Bray, George, A. & Bouchard, Claude, Eds., *Handbook of obesity. Clinical Applications.* USA, Informa Health Care. Third Edition. p. 81-89.
 - Ramos-Levi A, Sánchez-Pernaute A, María P, Cabrerizo L, Barabash A, Hernández C. Et al. Diagnosis of diabetes remission after bariatric surgery may be jeopardized by remission criteria and previous hypoglycemic treatment. *Obes Surg.* 2013 Oct; 23 (10); 23 (10).
 - Rand CS, Macgregor AM, Stunkard AJ. The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *Int J Eat Disord.* 1997 Jul;22(1):65-9.
 - Rankinen T, Zuberi A, Chagnon YC, Weisnagel SJ, Argyropoulos G, Walts B, Pérusse L, Bouchard C. The human obesity gene map: the 2005 update. *Obesity (Silver Spring).* 2006 Apr;14(4):529-644.
 - Renquist K. Obesity classification. *Obes Surg.* 1998; 8: 480.
 - Rizk N, Champault GG.: Quality of life after laparoscopic gastric strapping. Prospective study (152 cases) with a follow-up of 2 years. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2006; 16: 131-136.
 - Ramaccioti C, Coli E, Bondi E, Burgalassi A, Massimetti G, Dell'osso L. Shared psychopathology in obese subjects with and without binge-eating disorder. *Int J Eat Disord* 2008; 4: 643-9.
 - Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di Bernardo M, Zucchi T, Cabras P et al. Screening for Binge Eating Disorder in Obese Outpatients. *Compr Psychiatry.* 2000; 41: 111-5.
 - Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ, Kaplan GA. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003 Apr;27(4):514-21.
 - Rodríguez-Marín J, Neipp MC. *Manual de Psicología Social de la Salud.* Madrid: Síntesis; 2008.

- Rubio M, Martínez C, Vidal O, Larrad A, Salas-Salvadó J, Pujol J et al. Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Rev Esp Obes.* 2004; 4, 223-249.
- Rubio M, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes.* 2007; 7-48.
- Rutzstein G, Scappatura ML, Murawski B. Perfectionism and low self-esteem across the continuum of eating disorders in adolescent girls from Buenos Aires. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios.* 2014. Vol. 05. Núm. 01.
- Sansone RA, Sansone LA, Morris DW. Prevalence of borderline personality symptoms in two groups of obese subjects. *Am J Psychiatry.* 1996 Jan;153(1):117-8.
- SánchezPlanell L, Díez C, Martínez B. Alteraciones psicopatológicas en la obesidad mórbida. *Endocrinología (Barc)* 1992; 38 (8): 360-4.
- Sánchez RO, Ledesma RD. Análisis psicométrico del inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.* 2009 Nov; 18 (3): 265-74.
- Sánchez-Reyes L, Fanghänel G, Yamamoto J, Martínez-Rivas L, Campos Franco E, Berber A. Use of sibutramine in overweight adult Hispanic patients with type 2 Diabetes Mellitus: a-months, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Clin Ther.* 2004; 26 (9): 1427-35.
- Sánchez-Sosa, J., Villarreal-González, M., & Moral, J. (2008). La insatisfacción de imagen corporal: trastorno psicológico o conducta normativa. En *Investigación en psicología social. Experiencias desde las universidades públicas.* Mérida: Consorcio de Universidades Mexicanas.
- Sánchez Zaldívar S, Arias Horcajadas F, Gorgojo Martínez JJ, Sánchez Romero S. Evolution of psychopathological alterations in patients with morbid obesity after bariatric surgery. *Med Clin (Barc).* 2009 Jul 11;133(6):206-12.
- Sarwar D, Wadden T, Fabricatore A. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research* 2005; 13: 639-48.
- Sarwer, DB., Fabricatore, AN. Psychiatric considerations of the massive weight loss patient. *Clinical Plastic Surgery,* 2008; 35, 1-10.
- SEEDO. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin.* 2000; 115: 587-97.
- Seicean S, D Neuhauser, Strohl K, Redline S. An exploration of differences in sleep characteristics between Mexico-born US immigrants and other Americans to address the Hispanic Paradox. *Sleep.* 01 de agosto 2011; 34 (8): 1021-1031.
- Senekal M, Albertse EC, Momberg DJ, Groenewald CJ, Visser EM. A multidimensional weight-management program for women. *J Am Diet Assoc.* 1999 Oct;99(10):1257-64. Review.
- Shauer PR, Schirmer BD. The surgical management of obesity. En: Brunicardi FC, et al, editores. *Schwartz's Principles of surgery.* 8ª. Ed. New York: Mc Graw Hill; 2004. P. 997-1016.
- Shamsuzzaman AS, Gersh BJ, Somers VK. Obstructive sleep apnea: implications for cardiac and vascular disease. *JAMA* 2003; 290 (14): 1906-14.

- Schwartz MW, Wonds SC, Parte D Jr, Selly RJ, Basking DG. Central nervous system control of food intake. *Nature* 2000;404:661-7.
- Schwartz MW, Porte D Jr. Diabetes, obesity, and the brain. *Science*. 2005 Jan 21;307(5708):375-9.
- Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med*. 2004; 351 (26): 2683-93.
- Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, Sjöström CD, Karason K, Wedel H, et al. Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. *JAMA*. 2012 Jan 4; 307 (1): 56-65.
- Sobal, J. (1984). "Group dieting, the Stigma of Obesity, and Overweight Adolescents: Contributions of Natalie Allon to the sociology of obesity". *Marriage and family review*. 7(1):9-20.
- Sobal, J; Stunkard, AJ. Socioeconomic status and obesity: A review of the literature. *Psychological Bulletin*. Mar 1989 Vol 105(2): 260-275.
- Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca). *Cir Esp*. 2004; 75:312–4.
- Sockalingam S, Wnuk S, Kantarovich K, Meaney C, Okrainec A, Hawa R et al. *Obes Surg*. Mar 2015; 25 (3): 514-22.
- Sowers M. Epidemiology of risk factors for osteoarthritis: systemic factors. *Curr Opin Rheumatol*. 2001; 13 (5): 447-51.
- Scriba PC, Bauer M, Emmert D, Fateh- Moghadam A, Hofmann GG, Horn K, Pickardt CR.. Effects of obesity, total fasting and re-alimentation on L-thyroxine (T4), 3,5,3'-L-triiodothyronine (T3), 3,3',5'-L-triiodothyronine (rT3), thyroxine binding globulin (TBG), cortisol, binding globulin (CBG), transferring, alpha 2-haptoglobin and complement (C'3 in serum. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1979; 91: 629-43.
- Stahl SM. *Psicofarmacología esencial de Stahl*. 2010. Grupo Aula Médica.
- Steinbrook R. Surgery for severe obesity. *N Engl J Med*. 2004; 350 (11): 1075-9.
- Steppan CM, Lazar MA. The current biology of resistin. *J Intern Med*. 2004 Apr;255(4):439-47.
- Stewart PM, Boulton A, Kumar S, Clark PM, Shackleton CH. Cortisol metabolism in human obesity: impaired cortisone;cortisol conversion in subjects with central adiposity. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999 Mar;84(3):1022-7.
- Stoeckeli R, Chanda R, Langer I, Keller U. Changes of Body Weight and Plasma Ghrelin Levels after Gastric Banding and Gastric Bypass. Sep 2012.
- Striegel-Moore RH , Wilfley DE, Pike KM, Dohm FA, Fairburn CG. Recurrent binge eating in black American women. *Arch Fam Med*. 2000 Jan; 9(1):83-7.
- Strober M. Personality and symptomatological features in Young, nonchronic anorexia nervosa patients. *J Psychosom Res*. 1980; 24 (6): 353-9.
- Stunkard A, Berkowitz R, Wadden T, Tanrikut C, Reiss E, Young L. Binge eating disorder and the night-eating syndrome. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1996 Jan;20(1):1-6.
- Stunkard AJ, Messick S. *Eating inventory manual*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation. Harcourt Brace Jovanovich, Inc.; 1998.
- Stunkard AJ. Eating Patterns and obesity. *Psychiatric Q*. 1959; 33: 284-94.

- Stunkard AJ and Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 1985; 29: 71-83.
- Stunkard AJ, Foch TT, Hrubec Z. A twin study of human obesity. *JAMA*. 1986; 256 (1): 51-4.
- Stunkard AJ, La Fleur WR, Wadden TA. Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *Int J Obes Rel Metab Disord*. 1998; 22: 1141-4.
- Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med*. 1955 Jul;19(1):78-86.
- Stunkard A, Birketvedt GS. Night eating and nosology. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002 Apr;26(4):588.
- Sussman N, Ginsberg DL, Bikoff J. Effects of nefazodone on body weight: a pooled analysis of selective serotonin reuptake inhibitor- and imipramine-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2001 Apr;62(4):256-60.
- Suter M, Jayet C, Jayet A. Vertical banded gastroplasty: long-term results comparing three different techniques. *Obesity Surgery* 2000; 10: 41-7.
- Swami, V., & Martin, T. (2006) Does hunger influence judgments of female physical attractiveness? *British Journal of Psychology*, 97, 353–363.
- Tabaac BJ, Tabaac V. Pica patient, status post gastric bypass, improves with change in medication régime. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2015 Feb; 5 (1): 38-42.
- Tessier, A., Zavorsky, GS., Kim, DJ., Carli, F., Christou, N., Mayo, NE.
- Understanding the determinants of weight-related quality of life among bariatric surgery candidates. *Journal of Obesity*, article ID 713426, 2012; 9 pags.
- Tomas E, Tsao TS, Saha AK, Murrey HE, Zhang Cc Cc, Itani SI, et al. Enhanced muscle fat oxidation and glucose transport by ACRP30 globular domain: acetyl-CoA carboxylase inhibition and AMP-activated protein kinase activation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2002 Dec 10;99(25):16309-13. Epub 2002 Nov 27.
- Torres MD , Tormo MA , Campillo C , Carmona MI , Torres M , Raymundo M , García P , Campillo JE . Los factores de riesgo cardiovasculares en etiológicos y obesos a los niños de Extremadura en España. Su relación con los niveles de resistencia a la insulina y adipocitoquinas plasma. *Rev Esp Cardiol*. 2008 septiembre; 61 (9): 923-9.
- Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjöström L. Xenical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS study). *Diabetes Care*. January. 2004; 27: 155-161.
- Trayhurn P. Adipocyte biology. *Obes Rev*. 2007 Mar;8 Suppl 1:41-4. Review.
- Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 2011. Masson. (7ª edición).
- Vamado PJ, Williamson DA, Bentz BG, Ryan DH, Rhodes SK, O'Neil PM, et al. Prevalence of binge eating disorder in obese adults seeking weight loss treatment. *Eat Weight Disord*. 1997 Sep;2(3):117-24.
- van Hanswijck de Jonge P, Van Furth EF, Lacey JH, Waller G. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge-eating disorder and obesity. *Psychol Med*. 2003 Oct;33(7):1311-7.
- Van Hout, G., van Heck, G. Bariatric psychology, psychological aspects of weight loss surgery. *Obesity Facts*. 2009; 2, 10-15.

- Van Strien T, Ouwens M. Validation of the Dutch EDI-2 in one clinical and two nonclinical populations. *Eur J Psychol Assess.* 2003; 19 (1): 66-84.
- Van-der Hofstadt CJ, Moncho E, López JL, Abellán C, Pérez E, Tirado S. Et al. *Rev Calid Asist.* 2012; 27 (5): 255-261.
- Van der Velde CD. Body images of one's self and of others: developmental and clinical significance. *Am J Psychiatry.* 1985 May;142(5):527-37.
- Vaz Leal FJ, Guisado Macías JA, García-Herrera MA, López Vinuesa B, Monge Bautista M, Bolívar Perálvarez M. Historia de abuso sexual en pacientes con bulimia nerviosa: su influencia en el estado clínico. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005 May-Jun;33 (3):135-40.
- Vázquez Arévalo R y Raich Escursell RM. El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicol Conductual.* 1997; 5(3), 391-407.
- Vázquez V, López J. Psicología y la Obesidad. *Rev Endocrinología y Nutrición* 2001; 2: 91-96.
- Vidot DC, Prado G, Cruz-Munoz N, Cuesta M, Spadola C, Mesías SE. Review of family based-approches to improves postoperative outcomes among bariatric surgery patients. *Surg. Obes Relat Dis.* 2015 Mar-Apr; 11 (2): 451-458.
- Viktoria L Gloy, Matthias Briel, Deepak L Bhatt, Sangeeta R Kashyap, Philip R Schauer, Geltrude Mingrone, Heiner C Bucher, and Alain J Nordmann, Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2013; 347: f5934.
- Wadden, T.; Womble, LG.; Stunkard, AJ.; Anderson, DA. (2002). "Psychosocial Consequences of Obesity and Weight Loss". En: Wadden, Thomas & Stunkard, Albert, J. Eds., *Handbook of obesity treatment.* USA, The Guilford Press. p. 144-169.
- Weiner, S., Sauerland, S., Fein, M., Blanco, R., Pomhoff, I., Weiner, RA. The Bariatric quality of life (BQL) index: A measure of Well-being in obesity surgery patients. *Obesity Surgery*, 2005; 15, 538-545.
- Wheeler K, Broad RD. Alexithymia and overeating. *Perspect Psychiatr Care.* 1994 Jan-Mar;30(1):7-10.
- White, M., & Grilo, C. (2005). Ethnic differences in the prediction of eating and body image disturbances among female adolescent psychiatric inpatients. *Internacional journal of Eating Disorder*, 38, 78–84.
- Wildes JE, Emery RE, Simons AD. The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2001 Jun;21(4):521-51.
- World Health Organization. WHO. International Personality Disorders Examination. Geneva 1996.
- Yanovski SZ . Biological correlates of binge eating. *Addict Behav.* 1995 Nov-Dec;20(6):705-12.
- Zhang Y, Proenca R, Maffei M, Barone M, Leopold L, Friedman JM. *Nature.* 1994 Dec 1;372(6505):425-32. Erratum in: *Nature* 1995 Mar 30;374(6521):479.
- Zhang P, Tian B. El síndrome metabólico: un factor de riesgo importante para el Parkinson 's enfermedad . *Oxid Med Longev celular* . 2014; 2014: 729.194.

- Webs consultadas para la obtención de imágenes:
- Gastroplastia vertical anillada: http://www.drmartin-duce.com/html_es/drduce_album.html
- Banda gástrica ajustable: http://es.wikipedia.org/wiki/Banda_g%C3%A1strica_ajustable
- Manga gástrica: <http://www.cirugiamangagastica.com/cirugia-manga-gastrica-2.php>
- Derivación bibliopancreática: http://www.drmartin-duce.com/html_es/drduce_album.html
- Balón intragástrico: <http://comemascomememeyor.blogspot.pt/2011/03/marcapasos-gastrico.html>
- Marcapasos gástrico: <http://www.muyinteresante.es/innovacion/medicina/articulo/como-adelgazar-marcapasos-estomacal-para-adelgazar-perder-peso-contra-la-obesidad>

8. APÉNDICES

1.- The Eating Disorder Inventory (EDI-2, Garner 1991):

Señala con una X en el recuadro que más se aproxime a la descripción de tu conducta alimentaria:

Siempre	<input type="checkbox"/>
Generalmente	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
Rara vez	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

Tomo dulces y alimentos ricos en calorías sin preocuparme por ello

Creo que tengo demasiada tripa

Me gustaría volver a la vida segura de la infancia

Cuando estoy nervioso/a me pongo a comer

Me atiborro de comida

Me gustaría ser más joven

Pienso acerca de la dieta

Cuando tengo alguna sensación muy fuerte me da miedo

Tengo los muslos demasiado gruesos

Me veo poco eficaz como persona

Me siento muy culpable cuando he comido demasiado

Pienso que el volumen de mi tripa es normal

Para ser bien considerado/a en mi familia, hay que sobresalir

La infancia es la época más feliz de mi vida

Admito todas mis emociones

Tengo mucho miedo a engordar

Confío en los demás

Me siento solo/a en el mundo

Estoy satisfecho/a con mi silueta

Creo que generalmente soy yo quién dispone las cosas en mi vida

A veces no sé qué emoción estoy sintiendo

Prefiero ser un hombre/una mujer adulto/a que un/a niño/a

Me resulta fácil comunicarme con la gente

Deseo ser otra persona

Exagero la importancia del peso

Soy capaz de identificar y de distinguir claramente mis propias emociones

Me siento fuera de lugar

Me he dado comilonas en las que tenía la impresión de no poder parar

- | | |
|----------------|--------------------------|
| Siempre | <input type="checkbox"/> |
| Generalmente | <input type="checkbox"/> |
| Frecuentemente | <input type="checkbox"/> |
| A veces | <input type="checkbox"/> |
| Rara vez | <input type="checkbox"/> |
| Nunca | <input type="checkbox"/> |

Cuando era pequeño/a me esforzaba mucho por no disgustar a mis padres y profesores

Tengo amistades íntimas

Creo que el tamaño de mi trasero es normal

Me gustaría estar más delgado/a

No sé que es lo que sucede en mi interior

Me resulta difícil mostrar mis emociones ante los demás

El hecho de ser mayor conlleva demasiadas exigencias

Me disgusta no ser el/la mejor en algo

Me siento seguro/a de mí mismo/a

Pienso acerca de mis comilonas

Me siento feliz de no ser ya un/a niño/a

Confundo cuando tengo apetito y cuando no lo tengo

Tengo mala opinión de mí mismo/a

Creo que puedo alcanzar mis metas

Mis padres han esperado de mí lo mejor

Me preocupa perder el control sobre mis emociones

Creo que mis caderas son demasiado anchas

Cuando estoy con gente, como con moderación y me atiborro cuando estoy solo/a

Me siento lleno/a después de tomar una pequeña cantidad de alimentos

Creo que las personas son más felices en su infancia

Si gano un kilo de peso ya creo que voy a seguir engordando

Creo ser una persona valiosa

Cuando me descontrolo, no sé si estoy triste, asustado/a o enfadado/a

Siento que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas

He pensado en intentar vomitar para perder peso

Necesito mantener a la gente a cierta distancia (si alguien trata de acercarse mucho a mí, me siento incómodo/a)

Pienso que mis muslos están bien de tamaño

Me siento vacío/a por dentro (emocionalmente)

Puedo hablar fácilmente acerca de mis ideas y sentimientos

La mejor época de la vida es cuando te conviertes en adulto

Creo que mis muslos son demasiado gruesos

- | | |
|---------|--------------------------|
| Siempre | <input type="checkbox"/> |
|---------|--------------------------|

Generalmente	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
Rara vez	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

Tengo sentimientos difíciles de identificar

Como o bebo a escondidas

Pienso que mis caderas son de tamaño normal

Mis metas son extremadamente altas

Cuando estoy nervioso/a temo ponerme a comer

Cuando alguna persona me gusta, suele acabar defraudándome.

Me avergüenzo de mis debilidades.

Los demás dicen que soy una persona inestable en lo relativo a mis emociones.

Me gustaría poder tener un control total sobre mi cuerpo.

Suelo sentirme a gusto cuando me encuentro en un grupo.

Digo cosas sin pensar de las que después me arrepiento.

Me esfuerzo por buscar cosas que me hagan disfrutar.

Me preocupa mi tendencia a consumir drogas.

Soy comunicativo con la mayoría de la gente.

Me siento atrapado/a en las relaciones con los demás.

La abnegación me hace sentir con más fuerza moral.

La gente comprende mis problemas.

Tengo pensamientos extraños que no soy capaz de quitarme de la cabeza.

Comer por placer es signo de debilidad moral.

Tengo ataques de ira con gran facilidad.

Pienso que, si la gente confía en mí, es porque yo lo merezco.

Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir alcohol.

Creo que estar tranquilo y relajarse es perder el tiempo.

Los demás dicen que me irrito fácilmente.

Tengo la sensación de que todo me sale mal.

Tengo cambios de humor bruscos.

Vivo mal el hecho de que mi cuerpo tenga necesidades.

Prefiero pasar el tiempo a solas que con los demás.

El sufrimiento te mejora como persona.

Sé que la gente me aprecia.

Siento la necesidad de hacerme daño o de hacérselo a los demás.

Creo que verdaderamente sé quién soy.

2.- The Symptom Check List 90 Revised (SCL-90-R, Derogatis 1977):

Ponga una "X" sobre el recuadro correspondiente a la categoría que más se aproxime a lo experimentado por Vd. en los últimos días.

Nada	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
Moderado	<input type="checkbox"/>
Mucho	<input type="checkbox"/>
Extremo	<input type="checkbox"/>

¿CON QUÉ FRECUENCIA HA SENTIDO...?

Dolores de cabeza

Nerviosismo o agitación interior

Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no abandonan su mente

Desmayos o mareos

Pérdida del interés o del placer sexual

Sentirse crítico con respecto a los demás

La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos

El sentimiento de que los demás son los culpables de los problemas de usted

La dificultad de recordar las cosas

La preocupación acerca de su dejadez o descuido

La facilidad de estar irritado o enojado

Dolores en pecho o tórax

Sentimientos de miedo en la calle o espacios abiertos

Sentirse bajo de energías y sin ímpetu

Ideas de suicidio

Oír voces que otras personas no oyen

Tener temblores

Sentimientos de desconfianza hacia los demás

Tener poco apetito

Llorar fácilmente

Sentimientos de timidez o incomodidad con el sexo opuesto

Sentimientos de encontrarse atrapado

Miedos repentinos e inmotivados

Expresiones de ira que no puede controlar

Sentimientos de miedo a salir sólo de casa

Acusarse Ud. mismo de alguna cosa

Dolores en la parte baja de la espalda

Sentirse bloqueado para hacer cosas

Sentimientos de incapacidad para acabar las cosas

Sentimientos de incapacidad para acabar las cosas

Siempre	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
Moderado	<input type="checkbox"/>
Mucho	<input type="checkbox"/>
Extremo	<input type="checkbox"/>

Sentimientos de tristeza

Preocupación excesiva por las cosas

Carencia de interés por las cosas

Sentirse temeroso

Exceso de facilidad para notar heridos sus sentimientos

Impresión de que los demás están enterados de sus sentimientos íntimos

Sentimiento de que la gente no es amigable o Ud. no les agrada

Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que están bien hechas

Golpes de corazón o aceleramiento del ritmo cardíaco

Náuseas o trastornos del estómago

Sentimientos de inferioridad

Dolores musculares

Sensación de ser vigilado o criticado por los demás

Dificultades para conciliar el sueño

Tener que comprobar una y otra vez las cosas que hace

Dificultades de tomar decisiones

Miedo a viajar en autobús, metro o trenes

Dificultad para respirar

Intervalos de calor o frío

Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan

Quedarse con la mente en blanco

Adormecimiento u hormigueo en algunas partes del cuerpo

Tener un nudo en la garganta

Pesimismo ante el futuro

Dificultad para concentrarse

Sentimientos de debilidad en algunas partes del cuerpo

Sentirse tenso

Sensación de pesadez en brazos y piernas

Pensamientos sobre su muerte

Comer demasiado

Sentimientos de inquietud cuando la gente le observa o habla de Ud.

Tener pensamientos que le parecen como si no fueran suyos

Impulsos de golpear, herir o dañar a alguien

Despertarse de madrugada

Necesidad de repetir acciones (tocar, contar, etc.)

Nada ☐

Poco ☐

Moderado ☐

Mucho ☐

Extremo ☐

Sueño inquieto o perturbado

Tener ganas de romper o estrellar algo contra el suelo

Tener pensamientos o creencias que los demás no comparten

Sensación de que la gente se fija mucho en Ud.

Inquietud entre multitudes (tiendas, cines, etc.)

Sentir que todo requiere un gran esfuerzo

Momentos de terror o pánico

Incomodidad al comer o beber en público

Discutir constantemente

Sentirse nervioso cuando lo dejan solo

Sentir que los demás no valoran los aciertos de Ud. adecuadamente

Sentirse solo aunque esté acompañado

Sentirse tan inquieto que no puede estar ni sentado

Sentimientos de inutilidad

Sentir que las cosas conocidas le son extrañas o irreales

Momentos de necesidad de gritar o tirar objetos

Sentir miedo de desmayarse en público

Sentimientos de que los demás se aprovechan de Ud. si los deja

Tener pensamientos sexuales que le molestan mucho

Idea de que debería ser castigado por sus pecados

Sentirse obligado a acabar las cosas

Ideas de que su cuerpo padece algo grave

Incapacidad de sentirse cercano a otra persona

Sentimientos de culpabilidad

Idea de que algo anda mal en su mente

3. CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5	6

Muy mal Poco Lo normal Bastante Bien Muy bien

¿Cómo puntuaría su calidad de vida? 1 2 3 4 5 6

Muy insatisfecho Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho

¿Cuán satisfecho está con su salud? 1 2 3 4 5 6

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? 1 2 3 4 5

¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? 1 2 3 4 5

¿Cuánto disfruta de la vida? 1 2 3 4 5

¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido? 1 2 3 4 5

¿Cuál es su capacidad de concentración? 1 2 3 4 5

¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? 1 2 3 4 5

¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor? 1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

¿Tiene energía suficiente para su vida diaria? 1 2 3 4 5

¿Es capaz de aceptar su apariencia física? 1 2 3 4 5

¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? 1 2 3 4 5

¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria? 1 2 3 4 5

¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio? 1 2 3 4 5

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? 1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

Nada	Un poco	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

¿Cuán satisfecho está con su sueño? 1 2 3 4 5

¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? 1 2 3 4 5

¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo? 1 2 3 4 5

¿Cuán satisfecho está de sí mismo? 1 2 3 4 5

¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales? 1 2 3 4 5

¿Cuán satisfecho está con su vida sexual? 1 2 3 4 5

¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos? 1 2 3 4 5

¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive? 1 2 3 4 5

¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? 1 2 3 4 5

¿Cuán satisfecho está con su transporte? 1 2 3 4 5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

26 ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? 1 2 3 4 5

4. SCID-II CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

Estas preguntas son acerca del tipo de persona que es Vd. en general (es decir cómo se ha sentido comportado normalmente durante muchos años).. Rodee con un círculo las palabras “SI” si la pregunta se adapta a Vd. completamente o en general, o bien rodee con un círculo la palabra “NO” si no se adapta a Vs. Si no entiende alguna pregunta o no está seguro de la respuesta, déjela en blanco.

¿Ha evitado trabajos o tareas que implicaban tener que tratar con mucha gente? NO SI CP4

¿Evita entablar relación con otras personas a menos que esté seguro de que les va a caer bien.? NO SI CP5

¿Le resulta difícil ser “abierto” incluso en las personas con las que mantiene una relación cercana NO SI CP6

¿Le preocupa con frecuencia ser criticado o rechazado en situaciones sociales? NO SI CP7

¿Permanece generalmente callado cuando conoce gente nueva? NO SI CP8

¿Cree Vd. que no es tan bueno, tan listo o tan atraído como la mayoría de las personas? NO SI CP9

¿Le da miedo intentar cosas nuevas. NO SI CP10

¿Necesita Vd. dejarse aconsejar y desangustiar mucho por parte de otras personas antes de poder tomar decisiones cotidianas, como qué ropa ponerse o qué pedir en un restaurante NO SI CP11

¿Depende V. de otras personas para controlar áreas importantes de su vida, como asuntos económicos, el cuidado de los hijos o decisiones sobre dónde y cómo vivir? NO SI CP12

¿Le resulta difícil mostrarse en desacuerdo con otras personas incluso cuando considera que están equivocadas. NO SI CP13

¿Le cuesta empezar o realizar tareas cuando no hay nadie que le ayude? NO SI CP14

¿Se ha ofrecido con frecuencia voluntario para realizar tareas desagradables? NO SI CP15

¿Se siente Vd. generalmente incómodo cuando está solo? NO SI CP16

Cuando finaliza una relación íntima, ¿siente Vd. que tiene que encontrar inmediatamente a otra persona que le cuide? NO SI CP17

¿Le preocupa mucho que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo?. NO SI CP18

¿Es Vd. la clase de persona que se fija en los detalles, el orden y la organización o a la que le gusta hacer listas y agendas?. NO SI CP19

¿Tiene problemas a la hora de finalizar tareas o trabajos debido a que emplea demasiado tiempo tratando de hacer las cosas de forma perfecta?. NO SI CP20

¿Les parece a Vd. o a otras personas que está tan dedicado su trabajo (o estudios) que no le queda tiempo para nadie más, o simplemente para divertirse?. NO SI CP21

¿Tiene Vd. unos valores muy estrictos sobre lo que está bien y lo que está mal?. NO SI CP22

¿Le cuesta a Vd. mucho tirar las cosas porque algún día podrían serle útiles?
NO SI CP23

¿Le cuesta dejar que otras personas le ayuden a menos que hagan las cosas exactamente como Vd. quiere? NO SI CP24

¿Le cuesta a Vd. mucho gastar dinero en Vd. Mismo o en otros incluso teniendo suficiente? NO SI CP25

¿Está a menudo tan seguro de tener razón que no le importa lo que digan los demás? NO SI CP26

¿Le han comentado otras personas que es Vd. tozudo o rígido? NO SI CP27

Cuando alguien le pide que haga algo que Vd. no quiere hacer, ¿dice que sí pero luego lo hace despacio o mal? NO SI CP28

Cuando no quiere hacer algo, ¿suele simplemente “olvidarse” de hacerlo? NO SI CP29

¿Siente con frecuencia que los demás no le comprenden o que no aprecian lo mucho que Vd. hace? NO SI CP30

¿Está Vd. a menudo de mal humor y tiende a discutir? NO SI CP31

¿Le ha parecido a Vd. que la mayoría de sus jefes, profesores, supervisores, médicos y personas supuestamente expertas en realidad no lo son? NO SI CP32

¿Piensa a menudo que no es justo que otras personas tengan mas que Vd.? NO SI CP33

¿Se queja Vd. a menudo de haber tenido más mala suerte de lo normal? NO SI CP34

¿Rehusa a menudo con enfado hacer lo que quieren los demás, y luego se siente mal y se disculpa? NO SI CP35

¿Se siente habitualmente infeliz, o como si la vida no fuese agradable? NO SI CP36

¿Cree Vd. ser una persona básicamente incapaz y con frecuencia no se siente bien consigo mismo? NO SI CP37

¿Se descalifica a sí mismo con frecuencia? NO SI CP38

Piensa mucho en cosas malas que han sucedido en el pasado o se preocupa por las que podrían suceder en el futuro? NO SI CP39

¿Juzga a menudo a los demás con dureza y les encuentra defectos con facilidad? NO SI CP40

¿Cree Vd. que la mayoría de las personas no son buenas? NO SI CP41

¿Espera Vd. casi siempre que las cosas vayan mal? NO SI CP42

¿Se siente Vd. a menudo culpable de cosas que ha hecho o dejado NO SI CP43

¿Tiene a menudo que estar alerta para evitar que los demás abusen de Vd. o le hieran? NO SI CP44

¿Pasa Vd. mucho tiempo preguntándose si puede fiarse de sus amigos o compañeros de trabajo?
NO SI CP45

¿Cree Vd. que es mejor no dejar que otras personas sepan mucho sobre Vd. porque podrían utilizar la información en su contra NO SI CP46

¿Detecta Vd. a menudo amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace? NO SI CP47

¿Es Vd. La clase de persona que guarda rencor o tarda mucho tiempo en perdonar a las personas que le han insultado o menospreciado? NO SI CP48

¿Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que hicieron o le dijeron hace mucho tiempo? NO SI CP49

¿Con frecuencia se enfada o se pone furioso cuando alguien le critica o le insulta de alguna manera.
NO SI CP50

Ha sospechado a menudo que su pareja le era infiel? NO SI CP51

Cuando está en público y ve personas hablando, ¿a menudo le parece que están hablando de Vd. NO
SI CP52

¿Tiene con frecuencia la impresión de que cosas que no poseen ningún significado especial para la mayoría de la gente de hecho contienen en realidad un mensaje especial para Vd. NO SI CP53

Cuando esta entre la gente, ¿tiene a menudo la sensación de que lo están observando o mirando fijamente? NO SI CP54

¿Ha sentido experiencias personales de tipo sobrenatural? NO SI CP55

¿Ha tenido experiencia personales de tipo sobrenatural? NO SI CP56

¿Cree tener un “sexto sentido” que le permite conocer y predecir cosas que otros no pueden ? NO SI
CP57

¿Le ha parecido a menudo como si los objetos o las sombras fueran realmente personas o animales, o que los ruidos fueran en realidad voces de personas? NO SI CP58

¿Ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza se hallaba alrededor de Vd., aunque no podía ver a nadie?. NO SI CP59

¿Ve con frecuencia auras o campos de energía alrededor de las personas? NO SI CP60

¿Hay muy pocas personas a las que se sienta próximo aparte de su familia inmediata? NO SI CP61

Se siente con frecuencia nervioso cuando está con otras personas? NO SI CP62

¿Es poco importante para Vd. Si tiene o no relaciones personales? NO SI CP63

¿Prefiere Vd. Casi siempre hacer las cosas solo y no con otras personas. NO SI CP64

¿Podría estar satisfecho sin tener jamás ninguna relación sexual con otra persona? NO SI CP65

¿Hay realmente muy pocas cosas que le proporcionen placer? NO SI CP66

¿Le es totalmente indiferente lo que otras personas piensen de Vd? NO SI CP66

¿Cree que no hay nada que le ponga ni muy contento ni muy triste?. NO SÍ CP68

¿Le gusta ser el centro de atención? NO SÍ CP69

¿Coquetea mucho? NO SÍ CP70

¿Se da cuenta a menudo de que se está comportando de forma seductora con otras personas? NO SÍ CP71

¿Trata de llamar la atención a través de su forma de vestir o su NO SÍ CP72 aspecto físico?

¿Se muestra a menudo como una persona dramática y pintoresca NO SÍ CP7

¿Cambia A menudo de opinión según las personas con las que NO SÍ CP74esté o según lo que acabe de leer o ver en la televisión?.

¿Tiene Vd. muchos amigos a los que se siente muy próximo? NO SÍ CP75

¿Considera que a menudo los demás no saben apreciar su talento o sus cualidades?. NO SÍ CP76

¿Le han comentado otras personas que tiene una opinión demasiado elevada de si mismo? NO SÍ CP77

¿Piensa mucho en que algún día alcanzará el poder, la fama o el reconocimiento?. NO SÍ CP78

¿Pasa Vd. mucho tiempo pensando que algún día disfrutará del romance perfecto?. NO SÍ CP79

Cuando tiene un problema, ¿insiste casi siempre en ver al máximo responsable?. NO SÍ CP80

¿Considera Vd. que es importante dedicar el tiempo a personas especiales o influyentes? NO SÍ CP81

¿Es muy importante par Vd. que la gente le preste atención o le admire de alguna manera? NO SÍ CP82

¿Cree Vd. que no es necesario respetar ciertas reglas o convenciones sociales si suponen un obstáculo en su camino? NO SÍ CP83

¿Considera Vd. que es la clase de persona que merece un trato especial?. NO SÍ CP84

¿A menudo le resulta necesario aprovecharse de otros para conseguir lo que quiere?. NO SÍ CP85

¿Tiene con frecuencia que anteponer sus necesidades a las de otras personas.? NO SÍ CP86

84. ¿Espera a menudo que otras personas hagan lo que les pide sin vacilar, por ser Vd. quien es?. NO SÍ CP87

¿A Vd. realmente no le interesan los problemas y sentimientos de los demás? NO SÍ CP88

¿Se han quejado algunas personas de que Vd. no les escucha o de que no se preocupa por sus sentimientos? NO SÍ CP89

¿Tiene a menudo hendía de otras personas? NO SÍ CP90

¿Cree Vd. que los demás a menudo le envidian a Vd.? NO SÍ CP91

¿Le parece que hay muy pocas personas que merezcan que Vd. les dedique su tiempo y atención? NO SÍ CP92

Se ha puesto furioso con frecuencia cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle?. NO SÍ CP93

Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere, ¿tienen muchos altibajos extremos?. NO SÍ CP94

¿Cambia a veces de repente su sentido de quien es Vd. o hacia dónde va?. NO SÍ CP95

¿Cambia a menudo dramáticamente su sentido de quien es? NO SÍ CP96

¿Es. Vd. diferente con diferentes personas o en diferentes situaciones, de tal manera que a veces no sabe quién es Vd. en realidad? NO SÍ CP97

¿Se han producido muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.? NO SÍ CP98

¿Ha hecho a menudo cosas impulsivamente? NO SÍ CP99

¿Ha tratado de hacerse daño o matarse, o ha amenazado con hacerlo?. NO SÍ CP100

¿Alguna vez se ha cortado, quemado o herido a sí mismo a propósito?. NO SÍ CP101

¿Experimenta Vd. muchos cambios repentinos de estado de ánimo?. NO SÍ CP102

¿Se siente con frecuencia vacío por dentro? NO SÍ CP103

¿Tiene Vd. a menudo arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control?. NO SÍ CP104

Cuando se enfada, ¿golpea Vd. a las personas o arroja objetos?. NO SÍ CP105

¿Se pone muy furioso incluso por cosas sin importancia?. NO SÍ CP106

Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz con otras personas o se siente especialmente distante y ausente?. NO SÍ CP107

Antes de los 15 años, ¿intimidaba o amenazaba a otros niños?. NO SÍ CP108

Antes de los 15 años, ¿provocaba Vd. peleas? NO SÍ CP109

Antes de los 15 años, ¿hirió o amenazó a alguien con un arma, como por ejemplo, una piedra, un palo, una botella rota, una navaja o una pistola?. NO SÍ CP110

Antes de los 15 años, ¿torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?. NO SÍ CP111

Antes de los 15 años, ¿torturó o hirió a animales a propósito? NO SÍ CP112

Antes de los 15 años, ¿robó, atracó o arrebató por la fuerza algo a alguien amenazándole? NO SÍ CP113

Antes de los 15 años, ¿forzó a alguien a tener relaciones sexuales con Vd., a desvestirse delante de Vd. o a tocarle sexualmente?. NO SÍ CP114

Antes de los 15 años, ¿provocó algún incendio? NO SÍ CP115

Antes de los 15 años, ¿destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?. NO SÍ CP116

Antes de los 15 años, ¿irrumpió en casas, otros edificios o coches de otras personas? NO SÍ CP117

Antes de los 15 años, ¿mentía mucho o estafaba a otras personas? NO SÍ CP118

Antes De los 15 años, ¿robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas?. NO SÍ CP119

Antes de los 15 años ¿se escapó de casa y pasó la noche fuera? NO SÍ CP120

Antes de los 13 años, ¿permanecía mucho tiempo fuera de casa y llegaba mucho más tarde de la hora permitida? NO SÍ CP121

Antes de los 13 años, ¿faltaba a menudo a clase?. NO SÍ CP122

Encuesta telefónica de satisfacción (Ad hoc).

¿Se le informó adecuadamente sobre la cirugía?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Fue fácil el acceso a la consulta de psiquiatría de la obesidad?:

- ☐ Sí
- ☐ No

Indique el tiempo de demora entre el momento de derivación a la consulta de psiquiatría hasta que ésta tiene lugar:

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ De 6 a 12 meses
- ☐ Más de 12 meses

¿Considera que fue suficiente el tiempo empleado en la consulta de psiquiatría?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Quién lo derivó a las consultas de psiquiatría de la obesidad?:

- ☐ Cirujano
- ☐ Endocrino
- ☐ Otro (especificar):

¿Cuánta demora hubo antes de ser intervenido?:

¿Estuvo la familia de acuerdo con la intervención?:

- ☐ Sí
- ☐ No

Valore la consulta de psiquiatría de 0 a 5 (siendo 0 la peor puntuación y 5 la mejor):

Valore la coordinación entre los especialistas de la unidad de cirugía bariátrica de 0 a 5 (siendo 0 la peor puntuación y 5 la mejor):

Tras la información y explicaciones del psiquiatra, ¿comprendió mejor su problema de obesidad?

Valore de 0 a 5 (siendo 0 la peor puntuación y 5 la mejor):

Tras la información y explicaciones del psiquiatra, ¿se sintió capaz de hacer frente a su problema de

obesidad? Valore de 0 a 5 (siendo 0 la peor puntuación y 5 la mejor):

¿Quién le informó sobre el procedimiento quirúrgico?:

- ☐ Cirujano
- ☐ Endocrino
- ☐ Psiquiatra
- ☐ Todos

¿Comprendía el procedimiento quirúrgico y los riesgos de la misma?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Fue informado de los cambios de conducta que podría tener tras la intervención quirúrgica?:

- ☐ Sí
- ☐ No

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Qué esperaba de la intervención quirúrgica?:

- ☐ Mejoría física
- ☐ Mejoría psíquica
- ☐ Mejoría física y psíquica

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Se han cumplido sus expectativas tras la intervención ?:

- Sí
- No
- ¿Por qué?

Valore el miedo a (de 0 a 5, siendo 0 la puntuación más baja y 5 la más alta):

- Intervención quirúrgica
- Riesgo de la anestesia
- Consecuencias de la intervención quirúrgica
- Otros (especificar):

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Ha tenido alguna complicación tras la intervención quirúrgica?:

- Sí (especificar):
- No

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Cómo catalogaría los cuidados del personal de enfermería en los siguientes espacios (del 0 al 5, siendo 0 la peor puntuación y 5 la mejor?):

- Radiología
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Recuperación
- Planta de cirugía

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Se ha respetado su intimidad y confidencialidad en todo el proceso asistencial?:

- Sí
- No

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Se ha respetado su libertad de decidir en todo el proceso?:

- Sí
- No

¿Por qué no volvió a la consulta de psiquiatría?:

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) Indique el nivel de satisfacción con la imagen corporal tras la cirugía, de 0 a 5 (siendo 0 el nivel más bajo y 5 el más alto):

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) . Indique si presenta deformación o flacidez en las siguientes zonas:

Región torácica:

- ☐ Sí
- ☐ No

Región interna de los brazos:

- ☐ Sí
- ☐ No

Región interna de las piernas:

- ☐ Sí
- ☐ No

Abdomen

- ☐ Sí
- ☐ No

Mamas

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso de respuesta afirmativa, ¿le gustaría realizarse cirugía reparadora de esa zona?:

- ☐ Sí
- ☐ No

(Preguntar sólo a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica) ¿Ha mantenido la reducción de peso tras la intervención quirúrgica?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Han disminuido los trastornos de alimentación tras la intervención/consulta?:

Picoteo

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No padecía antes de la intervención

Ingesta nocturna

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No padecía antes de la intervención

Atracones

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No padecía antes de la intervención

Ingesta en mayor cantidad de lo normal

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No padecía antes de la intervención

¿Ha cambiado su estado de ánimo tras la intervención/consulta?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Ha mejorado su relación social tras la intervención/consulta?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Ha cambiado su estado de ansiedad tras la intervención/consulta?:

- ☐ Me encuentro con más ansiedad
- ☐ Me encuentro con menos ansiedad
- ☐ Me encuentro con igual nivel de ansiedad

¿Ha habido cambios en su estado físico tras la intervención/consulta?:

- ☐ Sí (especificar):
- ☐ No

¿Ha habido reducción en la dosis de medicación o cambios en el tratamiento?:

- ☐ Sí (especificar):
- ☐ No

¿En la actualidad cumple las órdenes dietéticas pautadas por el especialista?:

- ☐ Sí
- ☐ No (indicar por qué):

¿En la actualidad realiza ejercicio físico?:

- ☐ Sí (especificar frecuencia):
- ☐ No

Respecto a las adicciones en el momento actual, indique la presencia o ausencia en su caso:

Alcohol

- ☐ Sí
- ☐ No

Tabaco

- ☐ Sí
- ☐ No

Otras adicciones (especificar):

¿Ha cambiado su situación laboral tras la intervención/consulta?:

- ☐ Se mantiene igual
- ☐ Ha mejorado
- ☐ Ha empeorado

¿Ha cambiado su situación económica tras la intervención/consulta?

- ☐ Se mantiene igual
- ☐ Ha mejorado
- ☐ Ha empeorado

¿Ha cambiado el apetito sexual tras la intervención/consulta?:

- ☐ Se mantiene igual
- ☐ Ha aumentado
- ☐ Ha disminuido

¿Ha consultado a otro médico distinto a los que le han atendido antes de la intervención/consulta?:

- ☐ Sí (especificar):
- ☐ No

¿Ha tenido pensamientos de muerte tras la intervención/consulta?:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Considera que ha mejorado su calidad de vida tras la intervención/consulta?:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Por qué:

Refleje el grado de satisfacción global con el proceso asistencial de la obesidad, de 0 a 5
(siendo 0 el menor grado de satisfacción y 5 el mayor):

¿Recomendaría pasar por la unidad de obesidad hospitalaria a un amigo?:

- ☐ Sí
- ☐ No

Gracias por su ayuda.

Proceso Asistencial
OBESIDAD MÓRBIDA

Elaborado por	Dr. Manuel Martínez Sánchez Personal de enfermería Unidad de Mama y Obesidad Mórbida Hospital Perpetuo Socorro Dr. Luís Miguel Luengo Pérez Servicio de Endocrinología Unidad de Nutrición Clínica y Dietética Hospital Infanta Cristina Dr. Juan Antonio Guisado Macías Servicio de Psiquiatría Hospital Infanta Cristina Dr. Segismundo Galván Pérez Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Perpetuo Socorro Dra. Raquel Rodríguez López Servicio de Inmunología y Genética Hospital Infanta Cristina
---------------	---

Validado por:

INTRODUCCIÓN

Podemos decir que la Obesidad Mórbida (O.M.) es el escalón extremo de la obesidad que, ya en 1985 fue definida por la O.M.S. en la Conferencia de Consenso como: 'Acumulo excesivo de energía en forma de grasa que tiene efectos adversos en la salud y una duración de la vida'.

La obesidad resulta de la pérdida de equilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético en beneficio o de un balance energética positivo^o prolongado en el tiempo.

Esta enfermedad es una de las de mayor prevaencia en los países occidentales y según los últimos estudios se duplica el numero de pacientes cada 8 ó 10 años.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud se duplica la prevalencia de obesidad en 14 años (de 1987 a 2001). (Gutiérrez-Fisac JL, et al. Med Clin (Barc) 2005; 124: 196-197.

La prevalencia en el 2004 era en España de 0,65% de la población de entre 25 y 65 años (el 57,8% en hombres y el 40,4% en mujeres). Los datos del estudio DORICA (Aranceta J, et al. Med Clin (Barc) 2005; 125: 460-466.) no distinguen la prevalencia entre Andalucía y Extremadura, que componen entre ambas la región Sur, por lo que la prevalencia de obesidad mórbida en Extremadura en concreto no se puede inferir de la misma. En cualquier caso, en el estudio citado, la prevalencia de obesidad mórbida en la región Sur es del 2'44% en varones adultos y del 3'40% de las mujeres adultas. La prevalencia de obesidad en España por grupos de edad y sexo se observa en la tabla 1 (Serra, 2003, Aranceta, 2005, Gutiérrez-Fisac, 2004).

Constituye la O.M. un problema de salud pública, pues ocasiona una disminución de la esperanza de vida de entre 13 y 20 años, según diversos estudios, siendo la segunda causa de mortalidad previsible, sobrepasada solo por el consumo de tabaco.

Existen diversas formas de cuantificar el exceso de peso, pero en el manejo diario de esta patología, el más utilizado es el I.M.C. (índice de Masa Corporal), que puede definirse como el número de kilogramos por m² de superficie corporal. El n^o de m² resulta de elevar al cuadrado la estatura; por tanto al I.M.C. se obtiene mediante la siguiente fórmula:

I.M.C. = Peso en Kg/ m² de superficie corporal.

Según el resultado de aplicar a cada individuo esta fórmula tenemos que:

IMC < 18'5 kg/m ²	Bajo peso.
IMC 18,5 a 25 kg/m ²	Normopeso.
IMC 25 a 30 kg/m ²	Sobrepeso.
IMC 30 a 40 kg/m ²	Obesidad.

IMC	40 a 50 kg/m ²	Obesidad mórbida.
IMC	50 a 60 kg/m ²	Superobesidad.
IMC	> 60 kg/m ²	Súper Superobesidad.

Es mas fácil curar a una persona con cáncer que tratar con éxito a un paciente obeso”.

M. Lean

¿QUÉ ES LA CIRUGÍA BARIÁTRICA?

LA CIRUGÍA BARIÁTRICA (de BAROS = peso e IATREIN= tratamiento)" representa el último recurso terapéutico en pacientes en quienes han fracasado otros tipos de tratamiento conservador para el control de la obesidad mórbida y definimos a esta como: "Enfermedad crónica e incurable, aunque controlable y de tendencia epidémica en nuestro medio".

Ya hemos definido la cirugía bariátrica y podemos añadir qué es el ultimo y más efectivo recurso terapéutico para tratar a los pacientes obesos Por ello hace va muchos años que la cirugía se incorporó a las medidas de control de peso.

La era moderna de la cirugía comenzó en 1952 cuando HENRIKSSON realizó un Bypass yeyunoileal a un paciente en GOTHENBERG (Suecia) . Desde entonces se han ideado distintas técnicas que han ido perfeccionándose en el tiempo, pero sin que hayan conseguido la aprobación unánime de una determinada como ideal.

Podemos clasificarlas intervenciones bariátricas en tres grandes grupos:

Procesos malabsortivos puros (bypass yeyunoileal / yeyuno cólico)

Procesos mixtos malabsortivos / restrictivos (bypass gástrico, derivaciones bilio pancreáticos)

Procesos restrictivo puros (gastroplastias / Banding gástricos)

¿QUÉ PACIENTES DEBEN SER INTERVENIDOS?

Existe un consenso mundial en cuanto a los criterios para la cirugía de la obesidad desde que fueron propuestos en la Conferencia de Consenso del Instituto Nacional de la Salud de EE.UU. en 1991. Además reconoció como MUY POSITIVOS los resultados de las técnicas bariátricas, y concluyó que los resultados y beneficios de estas operaciones superaban en mucho, el riesgo intrínseco de la intervención. Este Consenso es el que sentó las indicaciones de la cirugía bariátrica pero ha habido actualizaciones y ampliaciones como en “American Society for Bariatric Surgery. Obes Surg 2003; 13:

238-239" y en España "Consenso SEEDO'2000. Med Clin (Barc) 2000; 115; 587-597.", "Rubio MA, et al. Rev Esp Obes. 2004; 4: 223-249." y "Consenso SEEDO'2007. Rev Esp Obes. 2007; 7: 7-48."

¿POR QUÉ DEBEMOS INTERVENIR?

La obesidad del adulto esta relacionada con un incremento en el riesgo de muerte y enfermedad.

PEETERS en un estudio prospectivo de cohortes, establece que el sobrepeso y la obesidad producen una reducción significativa de la expectativa de vida. Asimismo, en los pacientes obesos, está incrementado el riesgo de muerte prematura (por debajo de 70 años). Un 115% en mujeres y un 81% en varones.

La OMS estima en el 2002, que unos 2'5 millones de muertes anuales están relacionadas con la obesidad a nivel mundial: 300.000 en EEUU y 220.000 en Europa.

En un estudio realizado en el 2004 en la Unión Europea, se estima un mínimo de 280.000 muertes atribuibles al sobrepeso y la obesidad por año, representando el 7'7% de muertes. En España supone un 8'5%. Alrededor del 70% de estas muertes lo fueron por causas cardiovasculares (195.000) y el 20% por cáncer (55.000). Como ya dijimos en otro lugar, la obesidad ocupa el segundo lugar en causa de muerte evitable.

Por ejemplo: Comparando las muertes atribuibles a obesidad con las ocurridas en accidentes de tráfico, por cada muerte por accidente ocurren 8 o 9 relacionadas con O. Mórbida.

La relación siempre sospechada entre obesidad y cáncer ha sido esclarecida, entre otros por Calle que en 2.003 publicó un estudio prospectivo llevado a cabo sobre una población de un millón aproximadamente de adultos americanos, seguidos durante 16 años, y concluye que el 14% de las muertes por cáncer en el hombre y el 20% en las mujeres podrían ser ocasionadas por obesidad. En el hombre los tumores más frecuentes serían estómago y próstata y en las mujeres mama, útero, cérvix y ovarios.

Por si todo esto fuera poco, el coste sanitario de la obesidad, ya en el año 2000, según el estudio de Delphi realizado en España, supuso un gasto de 2.300 millones de euros (el 7% del gasto sanitario). En los últimos años esto ha progresado de tal manera que, probablemente, el gasto sanitario debido a obesidad esté en el 10% del total del gasto sanitario total, o incluso más.

OBJETO

Los procesos asistenciales, como línea de producción, deben ser el eje de la actividad de un servicio clínico. Sentada esta base, entendemos que los servicios clínicos debemos adaptar nuestra planificación, organización, dirección y evaluación en el sentido de mejorar continuamente el rediseño de los mismos para obtener una optimización del producto final en cuanto a la excelencia en la valoración coste-eficacia, teniendo siempre presente el grado máximo posible de satisfacción del paciente.

ALCANCE

CRITERIO DE ENTRADA

Demanda de atención por síntomas relacionados con la Obesidad en A.P. y otras especialidades cuando se cumplan los siguiente criterios:

- 1º) Tener un IMC entre 35 y 39 Kg/m² con comorbilidades MAYORES asociadas.
- 2º) Tener un IMC igual o mayor de 40 kg/m², incluso SIN comorbilidades, si el peso afecta negativamente a la vida.
- 3º) Fracaso en el intento de conseguir controlar el peso por debajo de 40 kg/m² mediante otras terapéuticas realizadas de forma adecuada.

Definimos la comorbilidad como las enfermedades asociadas y dependientes de la obesidad y, clásicamente, las clasificamos en MAYORES y MENORES.

Comorbilidades mayores son:

Hipertensión arterial.

Enfermedad cardiovascular.

Diabetes tipo 2.

Síndrome de apnea del sueño / hipoventilación.

Osteoartropatía en articulaciones de carga.

Comorbilidades menores son:

Infertilidad.

Dislipemia.

Varices

Colelitiasis.

Incontinencia urinaria de estrés.

Alteraciones menstruales.

Hipertensión intracraneal idiopática.

Reflujo gastroesofágico.

Esteatosis hepática.

CRITERIO DE SALIDA.:

Cuando el IMC sea $<35 \text{ kg/m}^2$ y se mantenga por debajo

Que el paciente rechace la cirugía bariátrica.

DESARROLLO

ATENCIÓN PRIMARIA Y OTRAS ESPECIALIDADES

Dada la problemática que plantea su bajísima curación, la elevada y creciente prevalencia descrita en infancia y juventud unida a su elevado impacto socioeconómico en el Sistema de Salud Español, se propone la **prevención primaria** como la mejor estrategia. Se debe estudiar la etiopatogenia, progresión y comorbilidades de dicha patología en nuestros pacientes, incorporando de manera ágil las conclusiones extraídas a los programas de formación y orientación desde la familia, escuela y Administración.

ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Según Cartera de Servicios de Atención Primaria, al inicio del diagnóstico, los pacientes tendrán realizada anamnesis sobre:

Antecedentes personales: HTA, diabetes y dislipemia.

Antecedentes familiares de obesidad.

Hábitos tóxicos: Tabaco y alcohol.

Hábitos dietéticos.

Ejercicio físico.

Exploración física: Tensión arterial (TA) con manguito adecuado, peso, talla, Índice de Masa Corporal (IMC).

Estudio analítico que incluya: Glucemia, perfil lipídico, ácido úrico y transaminasas. (Ante resultados patológicos se deriva al médico de familia para instauración de tratamiento adecuado)

Valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.

Plan de cuidados en función de los problemas y diagnósticos identificados, con los objetivos e intervenciones. (Anexo 1)

El fracaso en el intento de conseguir controlar el peso, conlleva derivación a Médico de Familia.

MÉDICO DE FAMILIA

Completa la anamnesis referenciando antecedentes familiares, comorbilidades, patologías previas, auscultación cardiopulmonar, solicitud de ECG.

Pedirá citación para consulta de endocrino, en un mes.

OTRAS ESPECIALIDADES

Pedirán interconsulta con el Servicio de Endocrinología y Nutrición.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

El equipo de estudio multidisciplinar para los pacientes con obesidad mórbida, (e incluso para todos los enfermos con obesidad), cuya ubicación es el Hospital, es el más adecuado para el manejo y tratamiento de los mismos. El cirujano, internista, endocrinólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, enfermero y anestesista, son los principales profesionales que se ven involucrados para un correcto manejo y tratamiento de los pacientes y sospecha diagnóstica de un posible síndrome de obesidad hereditaria.

ENDOCRINO

Hace un estudio metabólico completo. Solicita pruebas complementarias, perfil metabólico y en caso de hallar patología endocrina, se intenta controlar la enfermedad y si, a pesar de ello, el paciente no deja de presentar obesidad mórbida, éste sigue el proceso y se deriva a Nutrición en un plazo no superior a 3 meses. En caso contrario sale del proceso.

NUTRICIÓN

1ª Consulta

El endocrinólogo de esta unidad, valora la historia personal y familiar en cada caso, realización de árbol genealógico si el médico de familia o el paciente refiere dos o más casos de obesidad mórbida y/o el desarrollo de obesidad severa en niños o adolescentes (peso superior a 2'5 desviaciones estándar en las tablas elegidas como referencia para nuestra población), prestando especial atención al dato de consanguinidad, describiendo los casos de obesidad existentes entre los miembros conocidos y la edad de aparición de la misma, descripción de los signos y síntomas que muestra el paciente, en el caso de sospechar un posible caso de alguno de los treinta síndromes monogénicos con obesidad que se han descrito hasta el momento con claros patrones de herencia mendelianos y frecuentemente asociados a retraso mental, características dismórficas y/o anomalías congénitas del desarrollo.

Son derivados para estudio genético aquellos pacientes susceptibles de portar mutación en los genes que inducen obesidad monogénica no sindrómica. (Anexo 2. Estudio Genético).

Instaura la secuencia de medidas terapéuticas (dieta hipocalórica y actividad física adaptada; fármacos aprobados (orlistat y/o sibutramina) dieta de bajo o muy bajo contenido calórico incidiendo en cambios en hábitos alimentarios y vigila estrechamente los resultados de los mismos al menos durante 6 meses. Y, finalmente, cirugía. Cuando no es apto para la cirugía por parte de anestesia se propondría balón intragástrico.

Se deriva al paciente a Psiquiatría para que inicie estudio y tratamiento del mismo.

2ª Consulta.

A partir de 3 meses, en función de la agenda de consulta, se comprueba adherencia a la dieta y se secuencian las medidas terapéuticas: hipocalóricas, etc.

Puede ocurrir:

Que el paciente no reduzca IMC de 40 kg/m² de modo que se deriva a psiquiatría y, posteriormente a cirugía si no hay contraindicaciones.

Que baje de IMC 35 kg/m² de modo que se derivaría a Primaria.

Que se mantenga entre 35 u 40 kg/m² de IMC, y presenta complicaciones severas de la obesidad, en cuyo caso se derivaría a Consulta de Psiquiatría y posteriormente a Cirugía y siempre que exista adherencia dietética (referido por el paciente, nivel de triglicéridos menor al previo, no ganancia de peso)

Que se mantenga entre 35 u 40 kg/m² de IMC, sin presentar complicaciones severas de la obesidad o en los casos de no adherencia dietética. La cirugía queda descartada quedando el paciente en seguimiento por Nutrición.

Que el paciente rechace la cirugía bariátrica.

Existe la posibilidad de abandono del tratamiento o alta espontánea del paciente.

PSIQUIATRÍA

La función del psiquiatra en la evaluación del paciente con obesidad mórbida es ayudar a determinar qué opción de tratamiento es la más adecuada desde el punto de vista psicológico del enfermo, analizar si existe contraindicación psiquiátrica a la intervención quirúrgica y dar unas líneas al paciente respecto al tratamiento y seguimiento postquirúrgico. Para ello, el encuadre y localización para realizar la evaluación más completa y homogénea del paciente es dentro de la Sección de interconsulta, donde se permite la interrelación entre un equipo multidisciplinar para el manejo de la obesidad grave, con alta prevalencia de complicaciones médicas (Anexo 3. Protocolo de evaluación psiquiátrica).

Para todo este complejo estudio se recomienda la utilización de entrevistas clínicas (Anexo 4. Entrevista clínica en psiquiatría), test psicológicos (Anexo 5. Test psicológicos) y valoración del comportamiento del enfermo (Anexo 6. Manejo del comportamiento del individuo) unos tres meses, mínimo, antes de la operación.

Consultas:

Mínimo 4 entrevistas. El paciente es derivado a psiquiatría por el nutricionista en la primera consulta para ser visto en una semana.

Primera entrevista: En esta consulta se realiza de forma ambulatoria una valoración psiquiátrica general (Anexo 4), se entregan los test de apoyo (Anexo 5), fundamentalmente para conducta alimentaria, estado psicopatológico y rasgos de personalidad. El enfermo se los lleva a casa, los rellena y los reenvía a la Consulta de Psiquiatría antes de la 2ª entrevista para que pueda evaluarse y obtenerse los resultados.

Además es imprescindible que le acompañe en la 2º consulta un conviviente o familiar allegado.

Segunda entrevista: Se ha obtenido la información de los tests y se contrasta con el enfermo a fin de evitar falsos diagnósticos dimensionales. Además iniciamos, con el consentimiento del paciente, la primera entrevista con un primer conviviente o familiar, con la intención de corroborar conducta alimentaria, estado mental y personalidad del enfermo y su posible relación con la evolución ponderal. Se solicita, a ser posible, otro allegado para la 3º consulta.

Tercera entrevista: Sería la segunda entrevista con el mismo u otro familiar.

Se presta especial atención de la conducta paciente (cansado del psiquiatra, se lo toma con seriedad, oculta síntomas).

Cuarta o sucesivas: Para decidir si se permite, contraindica o retrasa la intervención. En caso de retraso de la intervención seguiría en el proceso hasta control de la enfermedad, con evaluaciones periódicas de la misma.

Este tipo de protocolo no intenta presuponer que el enfermo con obesidad mórbida siempre va con la intención de mentir y recibir un informe favorable de los profesionales de salud mental. Sin embargo, la experiencia nos ha aportado que cuanto más información del enfermo y familiares tengamos más facilidad habrá para detectar trastornos mentales que se puedan manejar antes de la cirugía. Hay que explicarle al enfermo que el diagnóstico de un trastorno mental la mayoría de las veces no contraindica la cirugía pero, que sí necesita un control específico y seguimiento.

Contraindicaciones relativas a la cirugía de la obesidad mórbida

Falta de motivación.

Trastorno mental grave. Incluso en este apartado es posible intervenir trastornos mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) con buena respuesta a la cirugía siempre que el control psiquiátrico sea estrecho y adecuado.

Trastorno mental con mala respuesta al tratamiento: Aquí podemos incluir trastornos por atracón (binge eating disorder). Bulimia nerviosa que por la severidad de dichas enfermedades o por la asociación además a trastornos graves de la personalidad (inestable, impulsiva) van a tener mayor número de complicaciones, peor evolución con técnicas restrictivas, o poca pérdida de peso.

Pacientes con bajo nivel de funcionamiento psicosocial.

Incumplimiento.

trastorno psiquiátrico grave.

trastorno alimentario (BED, BN).

trastorno de la personalidad.

conflictivas de pareja importante (en tiempo e intensidad).

En caso de ser el paciente apto para Cirugía Bariátrica, se remite al paciente al Cirujano. En un mínimo de tres meses.

CIRUJANO

1ª Consulta

Valora informes de Endocrinólogo, Psiquiatra (Anexo 7) y otros especialistas que hayan tratado al paciente.

Cumplimenta la Historia clínica y exploración física.

Pasa después a pesar y tallar al paciente para calcular su IMC.

Informa al paciente de sus datos clínicos y pasos a seguir en el proceso

Firma de consentimientos informados.

Petición de inclusión en lista de espera quirúrgica a admisión.

Admisión:

Petición de pruebas preoperatorias y citación para las mismas en 2-3 días.

E.C.G.

Rx de tórax.

Hematología completa, estudio de coagulación.

Proteinograma.

Bioquímica básica.

Vit. y minerales.

Serología de Hepatitis B y C.

Detección de Helicobacter Pylori.

Rx de Esófago, Estómago y Duodeno para descartar Ca digestivo o ulcus.

Ecografía abdominal.

P.F. Respiratorias

Una vez se reciben los resultados, citación para el servicio de anestesia en menos de 1 semana.

ANESTESIÓLOGO

Anamnesis, exploración y valoración de analíticas y pruebas complementarias necesarias para la intervención.

E.C.G.

Rx de tórax.

Hematología completa, estudio de coagulación.

Proteinograma.

Bioquímica básica.

Vit. y minerales.

Serología de Hepatitis B y C.

Detección de Helicobacter Pylori.

Rx de Esófago, Estómago y Duodeno para descartar Ca digestivo o ulcus.

Ecografía abdominal.

P.F. Respiratorias.

Si el paciente es apto, remisión de informe al Cirujano. Y admisión lo incluye en la lista de espera.

Si el paciente no es apto se solicitan las interconsultas pertinentes o exploraciones oportunas según comorbilidades. Admisión no incluye al paciente en LEQ. TNP motivo.

CIRUJANO

2º Consulta.

Valoración de los estudios realizados y los informes de Anestesiista.

Si el Helicobacter Pylori resulta positivo prescribirá tratamiento antibiótico con Claritromicina más Ampicilina, oral, 15 días. Si no se negativiza el Helicobacter Pylori, se practicará una técnica quirúrgica alternativa que mas adelante se detalla.

Se decide la opción técnica más adecuada a las características e informa detalladamente para recabar la opinión del paciente y se cumplimentan todos los consentimientos informados existentes al respecto. (Anexo 8, Anexo 9)

Se le recomienda que durante al menos los 15 días anteriores a la intervención sigan una dieta líquida con objeto de disminuir la esteatosis hepática que acompaña a esta patología.

Se programa la intervención, nunca en un periodo mayor de 2 meses.

Admisión llama al paciente para formalizar ingreso el día anterior a la intervención. Se reserva cama, se formaliza ingreso, se programa y confecciona parte quirófano.

INGRESO EN CIRUGÍA

El día del ingreso se realiza una consulta para pesar y tallar al paciente y calcular su IMC. Si el paciente ha aumentado de peso desde la 2ª consulta se anula su intervención.

Admisión captura al paciente del parte de quirófano y se produce la salida de la Lista de Espera Quirúrgica.

ENFERMERÍA CIRUGÍA

Ingresa el día antes de la intervención en una habitación individual, donde existe un baño, cama, sillones, está adaptada a su peso y volumen.

Dieta líquida (agua) hasta las 23 horas. Después dieta absoluta.

Solución evacuante de BOHN o fosfosoda 1litro/hora, hasta un total de 5 litros.

Vía periférica calibre no inferior a 18.

Fluidoterapia: Salino/Glucosadoisotónico 500 ml/6h alternos + ClK 10 mEq/en cada 500 ml.

Claritromicina 500 mg/i.v. a las 13 y 23 horas.

Neomicina 1 gr/v.o. a las 13, 14 y 23 horas.

Omeprazol 40 mg/i.v. a las 23 horas.

Lexatín 1,5 mg/v.o. a las 24 horas.

Amoxicilina + clavulánico 2 gr/i.v. una hora antes de la intervención.

El paciente debe ir al quirófano duchado y con el campo quirúrgico impregnado de povidona yodada.

CIRUJANO: Cirugía Bariátrica

La técnica empleada debe reunir los siguientes requisitos:

Ser reversible.

Fácilmente reproducible.

Que beneficie "idealmente" al 75% de los pacientes.

Que tengan una morbilidad "mayor" inferior al 10%.

Mortalidad inferior al 1%,

Numero de reintervenciones inferior al 2% anual

Que proporcione buena calidad de vida.

Como técnicas de elección en el momento actual, las llamadas mixtas, que incluyen una cirugía restrictiva y malabsortiva al mismo tiempo.

Por un lado está el bypass gástrico en el que predomina el componente restrictivo sobre el malabsortivo, al obtener un remanente gástrico entre 15 y 35 cc. Normalmente realizamos un mini bypass gástrico de una sola sutura, comprobando la estanqueidad de las suturas con azul de metileno.

En caso de no negativizarse el Helicobacter Pylori realizaremos un procedimiento alternativo como por ejemplo una derivación biliopancreática tipo Larrad.

Tras la realización de la cirugía, el paciente pasa a la U.C.I.

Durante 24 horas al menos, el paciente permanece en UCI, donde se le aplica el protocolo existente (Anexo 10) al respecto para estos pacientes, con las modificaciones, que cada caso requiera.

A las 24 o 48 horas, nueva comprobación de la estanqueidad de las suturas mediante un estudio radiológico de tránsito con papilla baritada.

Después de 48 horas y si no existen fugas ni contratiempo alguno, comenzamos con la dieta líquida, para ir retirando a continuación la fluidoterapia y resto de medicación, excepto la heparina que la

mantenemos durante 15 días y los anti H2 (normalmente Omeprazol), que mantenemos 2 meses (cuando realizamos By-Pass).

Procedemos al alta a los 4 ó 5 días de la intervención. Con el alta médica hospitalaria, damos un folleto explicativo con las normas de conducta alimentaria y alimentos permitidos hasta la siguiente visita al endocrino o médico nutricionista, que deberá pedir cita en su Centro de Salud o en Citaciones Hospitalarias para ser visto a los tres meses. Se le informa al paciente que con las transgresiones dietéticas aparecerán vómitos y dolores abdominales. (Anexo 11).

SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO DEL PACIENTE

Las siguientes revisiones las realizan:

Cirugía:

A los 15 días, para ver el estado de las incisiones y retirar puntos.

Cada 3 meses el primer año.

Cada 6 meses el segundo año.

Una vez al año en años posteriores durante toda la vida para reforzar hábitos alimenticios.

Psiquiatría:

2 evaluaciones el primer y segundo año.

Posteriormente 1 evaluación al año y alta, si procede.

Siempre abierto a modificaciones en el seguimiento del paciente por motivos psicopatológicos.

Si la patología psiquiátrica necesita un seguimiento más continuado se puede marcar en las visitas el trabajo en equipo con otros profesionales en salud mental expertos en esta patología, para la formación de grupos de autoayuda, etc, tras la cirugía ayudan a perder más peso, tener mejor calidad de vida y una mayor adherencia a los programas. Se pueden programar evaluaciones individuales y/o en grupo para el manejo de la conducta de paciente.

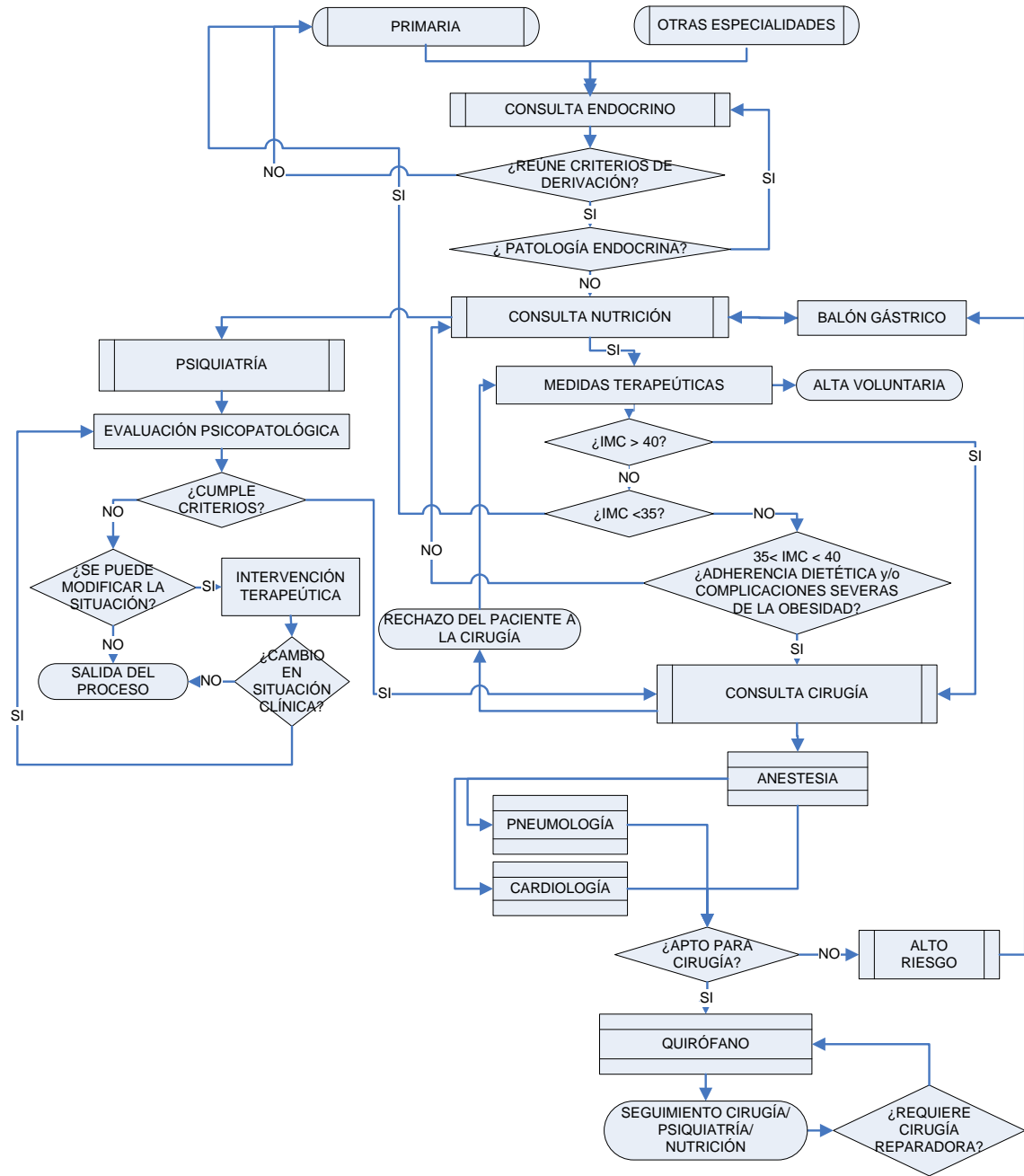
Si tenemos en cuenta que los subtipos de obesos mórbidos que nos vamos a encontrar son los siguientes, (anexo 12) la actitud tras la cirugía puede cambiar, pero siempre es recomendable que sea el psiquiatra quien decida cuántas veces debe de ver al enfermo. (Ver anexo 12 Subtipificación en O.M.).

Nutrición.

También hará seguimiento de por vida. Su periodicidad será la siguiente: 1 mes, 3, 6, 9, 12 meses, 18, 24 meses y anual. Estas revisiones irán acompañadas de refuerzos en la conducta alimentaria.

Las tres especialidades y otras si fuera preciso, se reunirán una vez al mes o cada dos meses según el número de pacientes en estudio y tratamiento, en sesión multidisciplinar para estudio de los mismos.

MAPA DE PROCESO



INDICADORES

Medición por endocrino y/o nutrición:

Proporción de pacientes derivados a la consulta de Endocrino correctamente desde otras especialidades: IMC de 40 kg/m² o más o bien de 35 kg/m² o más con complicaciones severas de la obesidad. Estándar = 100%

Proporción de pacientes con estudio tiroideo y adrenal recogido en la historia. Estándar = 100%.

Medición por nutrición:

Proporción de pacientes con patología endocrina responsable de la obesidad mórbida. Estándar < 5%.

Proporción de pacientes que dejan de tener indicación quirúrgica por pérdida de peso o mejoría de las comorbilidades tras tratamiento no quirúrgico de la obesidad. Estándar = 30%.

% de pacientes que rechazan la cirugía como terapia.

% de pacientes con contraindicación de cirugía por no adherencia a terapias nutricionales.

% de pacientes que abandonan las medidas terapéuticas y/o piden el alta voluntaria desde la consulta de nutrición.

Medición por Psiquiatría:

% de pacientes con contraindicación de cirugía por psiquiatra.

Consentimiento Informado para colocación de Balón Intra gástrico



Servicio Extremeño de Salud
Área de Salud de Badajoz
Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz
Hospital "Infanta Cristina"

Sección de Aparato Digestivo
Unidad de Endoscopia Digestiva
Carretera de Portugal s/n
06005 Badajoz
T5/FAX: 924218046



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN DE BALÓN INTRAGÁSTRICO

DON/DOÑA
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE) DE AÑOS DE EDAD Y D.N.I. Nº
CON DOMICILIO EN

(completar solo en caso de que el paciente se encuentre incapacitado o sea menor de edad)

DON/DOÑA
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS) DE (AÑOS DE EDAD) Y D.N.I. Nº
CON DOMICILIO EN
EN CAUDA DE (REPRESENTANTE LEGAL FAMILIAR O
ALLEGADO) DE (NOMBRE Y DOS
APELLIDOS DEL PACIENTE)

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A (NOMBRE Y
DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN), me ha explicado que es conveniente proceder,
en mi situación, a la COLOCACIÓN DE UN BALÓN INTRAGÁSTRICO.

1. La obesidad tiene un origen multifactorial que permite que su tratamiento incluya vertientes médica, quirúrgica y endoscópica como la colocación de un balón intragástrico.
2. Esta técnica consiste en la colocación de un balón que se hincha una vez situado dentro del estómago, con el fin de aumentar la sensación de saciedad y disminuir la ingesta de alimentos. Antes de la prueba se le administra un anestésico local para adormecer la boca y la garganta. Se colocará una boquilla para proteger su dentadura. El médico le introducirá el endoscopio a través de la boca y procederá a realizar la prueba. Tanto en la colocación como en la extracción del balón es conveniente la sedación o incluso la anestesia general con intubación de la vía aérea.
3. A los seis meses de su colocación se deshincha y se extrae por la boca mediante endoscopia.
4. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables como: dolor, infección, aspiración bronquial, hipotensión, hemorragia, perforación y distensión abdominal, reacción alérgica, fiebre, náuseas, vómitos, o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños en la dentadura y subluxación mandibular, y los derivados de la utilización de corriente eléctrica, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.
5. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas y al contraste, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como
6. Las alternativas a la colocación de balón intragástrico son los tratamientos médico o quirúrgico de la obesidad. Estos extremos me han sido aclarados por mi médico y ventajas e inconvenientes claramente explicados.

7. Comprendo que en ocasiones pueden no conseguirse los objetivos perseguidos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, pueda revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO / NO CONSIENTO (tachar lo que no proceda)

que se me realice la COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA DE BALÓN INTRAGÁSTRICO.

En Badajoz a de de 20

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACION

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo la colocación BALÓN INTRAGÁSTRICO mediante endoscopia, que doy con esta fecha por anulada.

En Badajoz a de 20

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

RENUNCIA A INFORMACIÓN

Renuncio a recibir cualquier información referente a la colocación de BALÓN INTRAGÁSTRICO mediante endoscopia y CONSIENTO en su realización, confiando en el buen criterio del médico que me ha propuesto su realización.

En Badajoz a de 20

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

Consentimientos informados según tipo de cirugía (Abierta o laparoscópica).



Hospital Infanta Cristina
Complejo Hospitalario
Universitario de Badajoz

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Consumo

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ABIERTA DE LA OBESIDAD

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente: n.º historia:

Nombre y apellidos del representante (si procede):

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: ☐ Sí ☐ No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, en la cirugía de la obesidad hay varias técnicas que, en resumen, consisten en reducir la capacidad del estómago, o en desviar el alimento en el intestino de forma que no va a pasar por todas sus partes, o ambas cosas. Con esto se intenta disminuir el volumen de alimento que necesito para encontrarme satisfecho y/o disminuir la absorción de nutrientes. En ocasiones la intervención se asocia con la extirpación de la vesícula biliar, por el riesgo de formación de cálculos, y de parte del estómago excluido.

En mi caso, después de valorar mi grado de obesidad y mi patología asociada, la técnica que se me va a realizar es:

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende conseguir la pérdida del exceso de peso que no se ha podido tratar por otros métodos y que me produce las complicaciones hemodinámicas, vasculares, pulmonares, endocrinas u osteoarticulares.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En mi caso particular, se ha considerado que en la actualidad y dado que han fallado los métodos convencionales para perder peso, este es el tratamiento más adecuado, no existiendo una alternativa eficaz.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Flebitis. Retención urinaria. Alteraciones digestivas transitorias. Dolor prolongado en la zona de la operación. Derrame pleural.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Embolia y tromboembolismo pulmonar. Fístulas intestinales por alteración en la cicatrización de las suturas. Estrechez de las anastomosis. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Alteraciones digestivas definitivas como diarreas o vómitos. Déficit nutricionales. Excesiva pérdida de peso o, por el contrario, fallo del procedimiento con escasa pérdida de peso.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Como consecuencia del éxito de la intervención y de la pérdida de peso, pueden aparecer pliegues o colgajos cutáneos que en algunas ocasiones desaparecen con el tiempo, pero que en la mayoría de los casos requieren intervenciones para su resolución.

La técnica elegida conlleva una serie de consecuencias que conozco y acepto, y que implicarán cambios, a veces definitivos, en mi estilo de vida, como son:

• Modificaciones permanentes en mis hábitos alimentarios, como por ejemplo, comer pocas cantidades, no "picar" continuamente, o no beber líquidos hipercalóricos entre otras.

Carrera de Portugal, s/n

06050 BADAJOZ

Teléfono 924 21 81 00

- Control periódico de mi situación nutricional por parte del endocrinólogo, recibiendo los aportes vitamínicos o minerales que se me prescriban, así como la medicación que necesite.
 - Acudir a las consultas de seguimiento periódico que se me indiquen.
 - En el caso de ser mujer en edad fértil, es aconsejable no quedarse embarazada en los dos años siguientes a la intervención, debido a que la situación de malnutrición que se produce podría ser perjudicial para el desarrollo del feto.
- Además, y en relación con el tipo especial de técnica que se me va a realizar, puedo tener las siguientes consecuencias relevantes:

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:

Declaraciones y firmas:

- D./D^a: con DNI:
- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento (CIRUGÍA ABIERTA DE LA OBESIDAD) que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.
 - Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
 - Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
 - Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
 - También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa

Firma del paciente

Dña:

D./D^a:

Colegiado n°

Fecha:

D./D^a: con DNI:
 en calidad de a causa de doy mi consentimiento a
 que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha:

Revocación del consentimiento:

D./D^a: con DNI:
 REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente

Firma del representante

Fecha:



Hospital Infanta Cristina
Complejo Hospitalario
Universitario de Badajoz

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Consumo

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA OBESIDAD

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente: nº historia:

Nombre y apellidos del representante (si procede):

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Si ☐ No ☐

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, en la cirugía de la obesidad hay varias técnicas que, en resumen, consisten en reducir la capacidad del estómago, o en desviar el alimento en el intestino de forma que no va a pasar por todas sus partes, o ambas cosas. Con esto se intenta disminuir el volumen de alimento que necesito para encontrarme satisfecho y/o disminuir la absorción de nutrientes. En ocasiones la intervención se asocia con la extirpación de la vesícula biliar, por el riesgo de formación de cálculos, y de parte del estómago excluido.

En mi caso, después de valorar mi grado de obesidad y mi patología asociada, la técnica que se me va a realizar es:

La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión hacia a cirugía abierta (laparotomía).

Cabe la posibilidad de que, durante la cirugía, haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia, de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende conseguir la pérdida del exceso de peso que no se ha podido tratar por otros métodos y que me producen las complicaciones hemodinámicas, vasculares, pulmonares, endocrinas u osteoarticulares. Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el periodo de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En mi caso particular, se ha considerado que en la actualidad y dado que han fallado los métodos convencionales para perder peso, este es el tratamiento más adecuado, no existiendo una alternativa eficaz, aunque la intervención puede realizarse por cirugía abierta.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Flebitis. Retención urinaria. Alteraciones digestivas transitorias. Dolor prolongado en la zona de la operación. Derrame pleural. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves: Embolias y tromboembolismo pulmonar. Fístulas intestinales por alteración en la cicatrización de las suturas. Estrechez de las anastomosis. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Alteraciones digestivas definitivas como diarreas o vómitos. Déficit nutricionales. Excesiva pérdida de peso o, por el contrario, fallo del procedimiento con escasa pérdida de peso. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

.....

Corresponsal de Portugal, s/n

66060 BADAJOZ

Teléfono 924 21 81 00

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Como consecuencia del éxito de la intervención y de la pérdida de peso, pueden aparecer pliegues o colgajos cutáneos que en algunas ocasiones desaparecen con el tiempo, pero que en la mayoría de los casos requieren intervenciones para su resolución.

Se que la técnica elegida conlleva una serie de consecuencias que conozco y acepto, y que implicarán cambios, a veces definitivos, en mi estilo de vida, como son:

- Modificaciones permanentes en mis hábitos alimentarios, como por ejemplo, comer pocas cantidades, no "picar" continuamente, o no beber líquidos hipercalóricos entre otras.
- Control periódico de mi situación nutricional por parte del endocrinólogo, recibiendo los aportes vitamínicos o minerales que se me prescriban, así como la medicación que necesite.

• Acudir a las consultas de seguimiento periódico que se me indiquen.

• En el caso de ser mujer en edad fértil, es aconsejable no quedarse embarazada en los dos años siguientes a la intervención, debido a que la situación de malnutrición que se produce podría ser perjudicial para el desarrollo del feto.

Además, y en relación con el tipo especial de técnica que se me va a realizar, puedo tener las siguientes consecuencias relevantes:

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:

Declaraciones y firmas:

D./D^a: con DNI:

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento (CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA OBESIDAD) que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa

Firma del paciente

Dir/a:

D./D^a:

Colegiado n^o:

Fecha:

D./D^a: con DNI:

en calidad de a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha:

Revocación del consentimiento:

D./D^a: con DNI:

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente

Firma del representante

Fecha:

Recepción del paciente:

Si viene con IOT y VM, conectar al VM (previamente programado por el Médico)

Si no viene con IOT y VM, conectar O2 en Vmack al 50% 15 lpm

Monitorización: ECG, Arteria si viene canalizada, StO2, Fr. Vias.

Colocación de drenajes numerarlos.

Colocación de vías venosas y PVC si central.

Colocación de Sonda vesical con controles horarios.

Colocación de SNG a bolsa.

Mantener Analgesia y Sueroterapia hasta tratamiento.

Peticiones al Ingreso:

Gasometría arterial si trae arteria y viene intubado, sino, venosa.

Hemograma

Coagulación

Perfil H-R con proteína C.

ECG.

Tórax.

Peticiones cada 8h:

Hemograma

Coagulación.

Perfil H-R. con Prot. C

Gases A y/o V.

Tratamiento al Ingreso:

Ctes/h,

Control de Drenajes.

Reposo en cama a 30°.

PVC/4h sí vía central

O2 dependiendo de IOT o no,

Dext/4h

Dieta absoluta, SNG a bolsa

Fármacos:

Pantoprazol 1 vial/24h iv

Enoxaparina 60 mg/24h sc

Augmentine 2 gr/8h iv (dos días)(si alergia a Penicilinas. Vancomicina 500 mg/12h iv + Gentamicina 300 mg/24h iv)

Si cateter Epidural mantener según Medico

Si no cateter Epidural. Remifentanilo 5 mg + en 50 ml iniciando a 1-2 ml/h

Ketorolaco 3 amp+ 12 mg de Ondasentron en 500 ml de salino / 24h.

Paracetamol 1 gr/6h iv. si dolor

Sueros:

Salino 500 ml/4h (A partir de las 24h, 500 ml/6h)

Dext 10% 500 ml + 40 meq de clk/12h (según iones)

Transito GI :

A las 72h de la intervención

Dietas de comportamiento para pacientes intervenidos y norma de obesidad mórbida. Bypass gástrico de una anastomosis, técnica del Dr Carbajo.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA EL PACIENTE INTERVENIDO DE OBESIDAD MÓRBIDA CON TÉCNICA RESTRICTIVA Y MALABSORTIVA.

- Recuerde que le han achicado el estómago y le han dejado un pequeño espacio para contener los alimentos, un espacio tan pequeño que no le permitirá comer de todo en grandes cantidades y le han modificado el intestino para que no pueda absorber mucho de los alimentos que toma.
- Coma pequeñas cantidades cada vez. Reparta su alimentación en al menos 5-6 tomas diarias.
- Mastique bien los alimentos.
- Durante el primer mes tome una dieta líquida(leche desnatada, caldos desnatados). Durante el segundo mes, los alimentos deben ser semisólidos(del tipo de los purés densos). A partir del tercer mes ya puede tomar alimentos de consistencia blanda para, poco a poco, ir aumentando su consistencia.
- Tome las frutas en compota ó asadas el primer mes.
- Tome las verduras siempre cocinadas (cocidas, asadas); no las coma nunca crudas. Durante los dos primeros meses ha de tomarlas cocinadas y trituradas.
- Cocine de forma sencilla el pescado, la carne (pollo, ternera, conejo ó vaca) y los huevos, evitando los guisos y salsas con condimentos.
- No beba durante las comidas; hágalo media hora antes ó dos horas después.
- Evite las bebidas con gas.
- Nunca tome medicamentos en forma de comprimidos, porque podrían obstruir el paso por su tubo digestivo.
- No tenga alimentos no recomendables en su casa: bollería, frutos secos, embutidos, chocolates...
- Utilice platos de postre para comer.
- Procure comer siempre en el mismo sitio a ser posible un lugar donde sólo se siente para comer.
- Cuando coma no haga otra actividad, como leer, ver la televisión...
- Procure no comer solo y levántese de la mesa cuando acabe de comer.
- No se salte las comidas porque tendrá más hambre después. Procure tomar alimentos 5-6 veces al día. Recuerde que es muy importante desayunar bien, comer suficiente y cenar poco.
- Nunca vaya a comprar los alimentos con hambre porque comprará cosas innecesarias.
- Cuando vaya a la compra lleve una lista de lo que necesita y el dinero justo.
- Si va a un supermercado no pase por los pasillos prohibidos (bollería, charcutería, pastelería, alimentos preparados...)
- Acostúmbrese a leer el etiquetado de los productos alimentarios que compre porque así sabrá los nutrientes que toma.
- Planifique los menús y no haga comida de sobra.
- Prepare los alimentos de forma sencilla evitando salsas, fritos ó rebozados.
- Sirvase en plato y no deje la fuente en la mesa.